Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

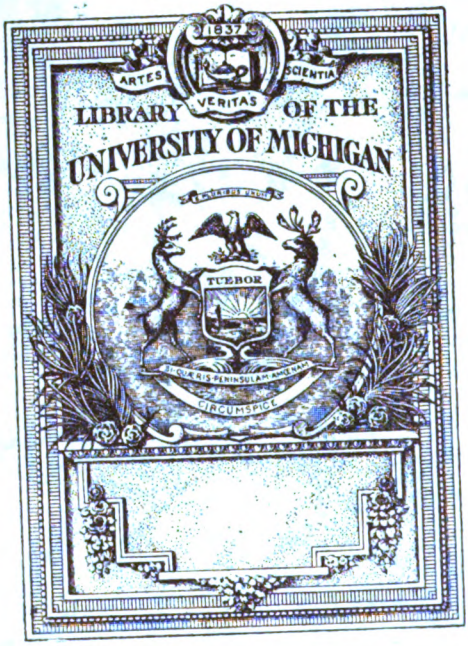
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

B 3 9015 00248 082 3
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
R16
P96

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DE

PSYCHIATRIE

ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Comité de rédaction :

Dr BLIN, Médecin en Chef des Asiles de la Seine.
Dr COLIN, Médecin en Chef des Asiles de la Seine.
Dr KLIPPEL, Médecin des Hôpitaux de Paris.
Dr MARCHAND, Médecin-adjoint de l'Asile de Bailleul.
Dr MARIE, Médecin en Chef des Asiles de la Seine.
Dr PACTET, Médecin en Chef des Asiles de la Seine.
Dr PICQUÉ, Chirurgien des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine.
Dr SÉRIEUX, Médecin en Chef des Asiles de la Seine.
VASCHIDE, Chef des Travaux à l'Ecole des Hautes-Etudes.
Dr VIGOUROUX, Médecin en Chef des asiles de la Seine.

DIRECTEUR :

Dr TOULOUSE

Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif,
Directeur du Laboratoire de Psychologie expérimentale
à l'Ecole des Hautes Études (Paris).

Secrétaire de la rédaction : H. PIÉRON, Préparatr à l'Ecole des Hautes-Etudes.

1902

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, Place de l'Odéon, 8

1902

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

ÉTAT MENTAL DES APHASIQUES

Par le Dr A. VIGOUROUX

Médecin en chef des Asiles de la Seine

Dans quelle mesure l'aphasie organique provoque-t-elle, par l'altération du langage intérieur, un affaiblissement intellectuel tendant plus ou moins nettement vers la démence ? Voilà la question qui est l'objet de cette revue critique.

Les travaux publiés sur l'aphasie sont très nombreux ; leur nomenclature ne tiendrait pas dans les pages qui sont réservées à mon article, et la plupart touchent de près ou de loin au problème qui nous occupe. Il m'est donc impossible de les analyser tous. Mon choix a porté sur les plus significatifs, sur le petit nombre de ceux qui ont précisé les principales phases de la question. Ma bibliographie sera donc courte et presque exclusivement française.

Je dois encore indiquer que les aphasies fonctionnelles hystériques ne rentrent pas dans le cadre de cette étude.

* * *

L'état de l'intelligence chez les aphasiques a été diversement apprécié. L'influence des théories régnantes, la complexité des troubles observés, la difficulté de l'appréciation de l'état mental des malades privés de la parole, expliquent facilement ces divergences d'opinion.

On peut toutefois — en schématisant un peu — ramener à quatre les doctrines principales qui ont plus ou moins successivement régné dans les esprits. L'aphasique fut d'abord pour Broca un malade ayant conservé l'intégrité de son intelligence et chez lequel le langage seul était troublé ; puis il devint pour Trousseau un anémique dont toutes les facultés intellectuelles étaient par contre-coup affaiblies ; et on alla même jusqu'à proposer de considérer l'aphasie comme devant entraîner *ipso facto* une diminution de la capacité civile ; avec les travaux de Wernicke, Kussmaul et Charcot, le syndrome aphasie se dissocie, le langage intérieur devient un phénomène de reviviscence des différentes images des mots, et la destruction de l'un ou l'autre des centres spécialisés du langage produira différentes variétés d'aphasies entraînant un déficit intellectuel variable suivant le type individuel (auditif, visuel, moteur). Enfin M. Déjerine a combattu cette analyse trop délicate, il n'admet pas l'indépendance du centre du langage, ni l'existence des types psychiques individuels. Pour lui, tous les individus sont des auditivo-

363183

Digitized by Google

moteurs, et une lésion corticale d'un des points de la zone du langage entraîne des altérations dans tout le langage intérieur.

* * *

Dans les premières descriptions de l'aphasie, l'intégrité relative de l'intelligence avait surtout frappé les observateurs : si l'aphasique ne parle pas, c'est que les moyens d'exprimer ses idées lui manquent, et non parce qu'il n'a pas d'idées.

« Ils entendent, disait Broca, et comprennent tout ce qu'on leur dit et ont leur intelligence..... et ceux qui ne savent pas ou ne peuvent pas écrire ont assez d'intelligence (et il en faut beaucoup en pareil cas) pour trouver le moyen de communiquer leurs pensées ». C'est la conservation de l'intelligence qui permet de distinguer les aphasiques des alogiques de M. Proust « qui ne parlent pas parce qu'ils ne pensent pas, parce qu'ils n'ont pas d'idées; ils sont dans le coma, la stupeur, la démence.... Dans l'aphasie, la pensée persiste, le langage d'action persiste; mais le langage artificiel est altéré ».

D'autres auteurs, en vertu des doctrines spiritualistes, croient à l'indépendance absolue de la pensée et de la parole et *à fortiori* de la pensée et des organes de la parole ; ils sont amenés à admettre l'intégrité de l'intelligence dans l'aphasie. Lordat donne son observation et cite son propre exemple : frappé d'aphasie, il pouvait encore combiner des choses abstraites, les bien distinguer, sans avoir aucun mot pour les exprimer, et sans penser le moins du monde à cette expression. « Il n'éprouvait aucune gêne dans l'exercice de la pensée ».

Mais Trousseau fait une étude magistrale de l'intelligence des aphasiques qu'il observe. Il les distingue d'abord nettement des paralytiques qui bredouillent, mais qui répondent aux questions par le mot propre : seule, la paralysie des organes de la parole les empêche d'articuler nettement ; puis, des malades atteints de paralysie labio-glosso-laryngée, dont l'intelligence est complète et « qui ont, au service de leur intelligence, toutes les manifestations qui appartiennent à l'homme sain, à cela près de la parole dont l'embarras est proportionné au degré de paralysie des organes ».

Etudiant chez les aphasiques la mémoire, « cette faculté si importante de l'entendement », il constate qu'elle est lésée dans ses diverses modalités : il y a chez eux amnésie des mots qui servent à exprimer leur pensée, « amnésie, telle que le malade ne peut spontanément désigner un objet par son appellation, mais non telle qu'il ne se souvienne très bien du mot si on le prononce devant lui ». De plus, bien que la faculté motrice soit intacte, il y a oubli ou perte de la faculté de coordonner les mouvements

Digitized by Google

d'articulation, et, cet oubli de l'articulation marche presque toujours de pair avec l'oubli de l'écriture.

La mimique elle-même est profondément modifiée et le malade, qui exprime spontanément par la mimique, la joie, la surprise, la douleur qu'il éprouve est dans l'incapacité de simuler un de ses sentiments, de faire semblant de pleurer ou de rire par exemple.

Trousseau observe, en outre, que la plupart des aphasiques qui lisent, relisent toujours les mêmes livres ; il en déduit que « ou bien ils ne comprennent pas ce qu'ils lisent, ou qu'ils oublient immédiatement ce qu'ils viennent de lire, ce qui dénote un amoindrissement notable de l'intelligence. Un malade de Trousseau, rappelé par Peter, parle à merveille, écrit correctement, n'est pas amblyopique et peut ramasser une épingle par terre, cependant il ne peut plus lire même ce qu'il a écrit.

Trousseau observe encore que certains aphasiques (son malade Paquet par exemple) ne reconnaissent pas le nom de l'objet qu'on leur désigne et dont pourtant ils connaissent bien l'usage. Le même malade, qui lisait et semblait comprendre, était également incapable de tourner les pages à propos quand un autre lisait le livre à haute voix (Surdité verbale).

De cette étude si minutieuse et si approfondie, Trousseau conclut que « l'aphasique a perdu tout à la fois, à un degré plus ou moins considérable, la mémoire des mots, la mémoire des actes à l'aide desquels on articule les mots et l'intelligence ; mais il n'a pas perdu toutes ses facultés parallèlement, et, si lésée que soit l'intelligence, elle l'est moins que la mémoire des actes phonateurs et celle-ci moins que la mémoire des mots ». « En résumé, dit-il, les aphasiques sont, pour l'intelligence, beaucoup au-dessous des autres hommes et surtout beaucoup au-dessous d'eux-mêmes, quand la comparaison peut être faite ».

Pour Trousseau, la physionomie intelligente et l'expression de leur visage donnent une impression fausse de leur état mental. La comparaison qu'il en fait avec « la limpidité du regard, la vivacité de l'intelligence qui brille dans les traits d'un chien auquel il semble ne manquer que la parole » est devenue classique. « Vous vous convaincrez que l'aphasique a, dans l'expression de son visage moins que le chien et l'on conviendra qu'il nous faut quelques signes de plus pour juger de l'intelligence d'un homme ».

Il considère également comme très sujet à caution le témoignage des malades après leur guérison. Celui de Lordat même lui paraît suspect, tant l'illusion est facile dans ces cas. Il rapporte, à ce sujet, l'exemple d'un peintre distingué qui lui fut présenté par M. Lancereaux. Ce malade prétendait avoir conservé l'intégrité de son intelligence, savoir bien lire, bien écrire et bien compter ; et en réalité, il ne pouvait déchiffrer quoi que

Digitized by Google

ce soit; en fait d'écriture il ne pouvait que tracer son nom, et en fait de dessin il ne pouvait pas crayonner une tête de bonhomme.

Mais si Trousseau considère l'intelligence des aphasiques comme affaiblie, il se défend avec énergie de la considérer comme disparue. « Aphasie et amnésie ne sont pas synonymes » et l'aphasique garde souvent l'aptitude à former les combinaisons si difficiles que demandent les jeux, il se souvient à merveille des choses passées il y a longtemps et il est souvent capable de conceptions étendues, plus élevées que celles des hommes peu éclairés et ignorants, qui pourtant s'expriment avec une parfaite facilité.

Il fait une exception pour une forme très rare d'aphasie dans laquelle l'intelligence est complète : c'est celle où les malades écrivent facilement et traduisent exactement leurs pensées par l'écriture. « Cette forme m'a paru tellement différente de l'autre que je me suis cru le droit d'en faire une espèce à part. » Il cite l'observation d'un facteur aux halles, très jeune, qui vint le consulter et lui remit une note écrite en bons termes et d'une main fort assurée où se trouvait l'histoire de sa maladie. Ce jeune homme guérit et pendant le cours de sa maladie put régler toutes ses affaires.

En somme, Trousseau admet l'existence de mémoires partielles qui peuvent être altérées simultanément ou séparément à des degrés divers et parmi elles, c'est la mémoire des mots qui est le plus souvent touchée. L'aphasique a perdu les formules de la pensée. « Assurément l'intelligence peut errer à l'aventure sans avoir *corporifié* ses idées, mais dès qu'elle essaye de les concréter, condition que je considère comme indispensable pour les coordonner, il me parait impossible de ne pas les revêtir de leur enveloppe matérielle : les mots. Combien rudimentaires doivent être les conceptions de l'intelligence sans eux ».

De telle sorte que Trousseau établissait deux variétés d'aphasies, l'une, la plus connue, dans laquelle l'idéation est lésée, l'autre, exceptionnelle (Hystérie ?) où seules les fonctions motrices d'articulation sont altérées et où l'écriture est indemne; dans la première, les facultés intellectuelles sont lésées plus qu'elles ne le paraissent au premier abord, dans l'autre, elles sont intactes.

En somme, l'aphasique est le plus souvent un affaibli intellectuel. Cette conception des aphasies fut acceptée par les médecins les plus compétents de l'époque : Gairdner, Hughlings-Jackson, Wiliam Ogle, Prophan, etc.

L'opinion de Trousseau sur l'infériorité intellectuelle des aphasiques prévalut pendant longtemps, elle fut adoptée par la plupart des auteurs qui s'occupèrent de la question. Cependant

Digitized by Google

il fut publié de nombreuses observations d'aphasiques ayant conservé l'intégrité apparente des facultés intellectuelles.

Une discussion intéressante eut lieu, à ce sujet, à la Société médico-psychologique en 1876 et 1877 ; et les conclusions de Lasègue, poussant à l'extrême la théorie de Trousseau, affirmant qu'en résumé l'aphasique « est un être inférieur, infirme et souvent très irritable », ne furent acceptées qu'avec réserve par ses collègues. M. Falret, après avoir nettement délimité l'aphasie, conclut qu'il existe plusieurs catégories dans lesquelles on peut ranger les aphasiques au point de vue médico-légal : ceux dont l'intelligence est manifestement conservée, ceux dont les facultés intellectuelles ont baissé, qui ont une émotivité exagérée, et une volonté affaiblie, enfin ceux qui sont atteints de démence, à la fois irresponsables et incapables ; « il sera bon, dit-il, d'étudier avec soin chaque cas particulier ». C'est également la conclusion à laquelle aboutit Legroux : l'appréciation de l'état mental ne peut se résoudre par une formule, chaque cas particulier comprenant une appréciation différente.

Tardieu écrit que l'aphasie, quoiqu'étant compatible avec l'intégrité de l'intelligence, s'accompagne très ordinairement d'un certain affaiblissement et doit donner lieu, pour chaque cas particulier, à un examen attentif.

Billod cherche une caractéristique de l'état mental des aphasiques, paraissant jouir de toutes leurs facultés intellectuelles, dans la diminution de la force morale ou de l'énergie du caractère, diminution, qui se manifeste par la facilité avec laquelle ils s'émeuvent et pleurent, et qui les rapproche de l'enfance et de la sénilité.

Lasègue leur reprochait de ne pouvoir et de ne vouloir faire le moindre effort pour répondre aux questions qu'on leur pose, « ils ne cherchent pas à obvier aux défectuosités du langage parlé par une mimique intelligente ou par tout autre moyen ils ne feront que des gestes de mauvaise humeur.... Le malade est impuissant à entrer en érection intellectuelle, il y a là une infériorité manifeste, une diminution sensible de la délibération intérieure, de la capacité de vouloir ».

Cependant la Société de médecine légale combattait en 1873 les conclusions d'un travail de M. Jules Lefort, lequel proposait de pourvoir *tous* les aphasiques d'un conseil judiciaire pour les assister dans la direction de leurs affaires.

* * *

La complexité des faits observés explique pourquoi les premiers observateurs, préoccupés de l'état mental des aphasiques, ne

Digitized by Google

purent que poser le problème sans parvenir à le résoudre. Les découvertes et travaux de Wernicke, de Kussmaul, d'Exner, de Charcot ouvrirent une période nouvelle à l'étude de la psychologie et de la pathologie du langage.

Pour Wernicke, la première circonlocution sphénoïdale est le centre des images auditives, elle renferme les images souvenirs des impressions sensorielles antérieurement perçues; la troisième circonvolution frontale conserve et élabore les idées de mouvement de la phonation; ces deux centres sont reliés entre eux par des groupes de fibres. La parole est fonction de l'activité de ces deux centres, le premier est le plus important, car il est à la fois l'éducateur et régulateur de tout le mécanisme psycho-sensoriel servant à l'organisation et à l'émission du langage. La parole intérieure devient un phénomène de réviviscence des images acoustiques des mots, elle est une manifestation de l'activité de certains groupes déterminés de cellules sensorielles et motrices de l'écorce cérébrale ; d'où il résulte, que le syndrôme aphasie peut être causé par toutes les lésions de l'aire cérébrale du langage : il y aura aphasie sensorielle, si les images auditives des mots ont disparu, aphasie motrice ou aphémie, s'il y a perte des représentations motrices d'articulation. L'interruption des communications des centres, entre eux ou avec les autres parties du cerveau, produira diverses variétés d'aphasie, en détruisant l'harmonieuse synergie fonctionnelle qui assure à l'état normal l'exercice régulier de la fonction du langage.

Kussmaul pousse plus loin l'analyse de l'aphasie sensorielle, il distingue deux éléments souvent associés mais susceptibles de se montrer isolément : la surdité verbale, produite par la destruction du centre auditif et la cécité verbale, produite par la destruction du centre visuel des mots.

Charcot tout en acceptant les idées de Wernicke et de Kussmaul, arriva à des conclusions un peu differentes. Il n'admet pas la prédominence du centre auditif que Wernicke considère comme l'organe primordial du langage, les autres organes servant à la parole lui étant subordonnés. Pour Charcot, les mots parviennent à notre connaissance par quatre voies différentes : nous pouvons les entendre résonner à notre oreille (voie auditive), les voir écrits (voie visuelle), les prononcer (voies motrices d'articution), ou les écrire (voies motrices graphiques). Pour nous rappeler les mots nécessaires à l'expression de nos pensées nous évoquons, sous la forme d'images auditives, visuelles, motrices, phonétiques ou motrices graphiques, chacun des groupes de sensations emmagasinées dans un point spécial des centres sensitifs ou moteurs cérébraux. D'autre part, par suite

Digitized by Google

de dispositions héréditaires ou de l'éducation, un des centres peut devenir prédominant, plus actif et plus perfectionné que les autres : chez les uns, c'est le centre visuel, chez les autres, l'auditif ou le moteur ; d'où, les types d'auditifs, de visuels ou de moteurs, décrits par M. Ballet dans sa thèse d'agrégation ; de là, également, les quatre syndromes de l'aphasie, produits par la perte de l'une de ces images : surdité et cécité verbale, aphasie et agraphie, syndromes qui, isolés, forment les types purs et qui, le plus fréquemment, se combinent pour former les types complexes.

Avec cette nouvelle psychologie du langage M. Ballet analysa plus en détail l'état mental des aphasiques. Dans les types purs, et suivant la formule cérébrale physiologique antérieure du malade, il est possible de se rendre compte du trouble apporté, par la destruction d'un des centres, dans le fonctionnement de son intelligence. Chez un auditif, la parole, l'écriture, la lecture même étant sous la dépendance de l'audition mentale, la lésion du centre auditif des mots en même temps que la surdité verbale produira des troubles du langage articulé ou paraphasies, de l'écriture et de la lecture ; ces troubles varieront d'intensité, suivant le degré de culture du sujet, c'est-à-dire, suivant l'indépendance qu'auront acquis les centres de l'écriture et de la lecture par l'habitude et l'éducation. Cette même lésion produira des désordres bien moins graves chez un visuel ou un moteur. « L'importance des différentes opérations constitutives du langage intérieur, pouvant s'exercer isolément ou affecter une indifférence relative, n'est pas la même chez tous les individus visuels, auditifs, moteurs ; c'est pourquoi les conséquences d'un même trouble (cécité verbale) varient suivant les personnes et détermine chez les uns un affaiblissement progressif de l'intelligence et restent compatibles chez les autres avec une assez grande activité de cette faculté. » (Ballet).

C'est ainsi que le malade H. P., observé par Charcot et dont l'observation est détaillée dans la thèse de Bernard, atteint de cécité verbale et d'hemianopsie, ne semble pas touché au point de vue intellectuel, puisqu'il put continuer à gérer ses affaires. Il ne s'aperçut de sa cécité verbale qu'en voulant relire une lettre qu'il avait écrite, de même qu'il ne se rendit compte de son hemianopsie qu'en voulant jouer au billard : il ne voyait que la moitié de la bille et la moitié du tapis vert.

Une malade de Giraudeau, atteinte de surdité verbale pure, écrivait et parlait correctement, dans ce cas « l'image visuelle du mot suffit pour que le langage parlé et écrit soit correct et en rapport avec l'idée alors que l'image auditive fait défaut ». (Charcot cité par Ballet).

Digitized by Google

Bernard donne également l'observation d'un malade ne présentant que de l'agraphie (obs. XV de sa thèse) et dont l'intelligence paraît intacte. La parole est facile, il peut lire à haute voix, il comprend ce qu'il lit et ce qu'on lui dit.

Enfin, en 1877, Pitres dans sa thèse, établit que les aphasies motrices pures, non accompagnées d'agraphie, mais dans lesquelles l'intelligence est intacte, parce que le langage intérieur est tout entier respecté, est due, non à une lésion du centre d'articulation, mais à une lésion sous corticale du faisceau pediculo-frontale. Dans ce cas, les images motrices d'articulation persistant, les malades se représentent le mot tel qu'il doit être articulé, mais il ne peuvent le prononcer. Suivant la comparaison de Charcot, ils jouent sur un piano muet.

En résumé pour Charcot et son école, une même lésion devra entraîner des syndromes cliniques différents suivant le type psychique du malade ; si elle atteint le centre dont l'action est prépondérante, tout le langage sera trouble, si elle frappe un centre secondaire, seul, le mode de langage relevant de ce centre sera lésé. Une suppléance entre ces différents centres est possible.

***

Mais divers auteurs et notamment M. Déjerine n'admirent pas cette indépendance relative des centres, pour lui, il existe entre eux une intime union et une subordination suivant un ordre toujours le même de tous les individus.

Le langage intérieur s'effectue à l'aide des trois sortes d'images, auditives, motrices et visuelles : mais au premier plan apparaissent les images auditives et motrices dont l'union constitue ce qu'on appelle la notion du mot ; les images visuelles ne jouent qu'un rôle effacé et secondaire. Et ceci est vrai pour tous les individus, tous sont des auditivo-moteurs. Les mémoires partielles, auditives, visuelles, tactiles, gustatives, etc., pourront être prédominantes chez certaines personnes cette prépondérance se manifestera lorsqu'ils penseront d'une façon abstraite avec des images d'objet, mais dès qu'ils penseront avec des images de mots, ils deviendront des auditivo-moteurs.

« J'ai, pour ma part, écrit Déjenire étudié le langage intérieur chez un grand nombre de personnes appartenant à toutes les classes de la société et il ne m'a pas encore été donné de rencontrer un sujet qui pensât en lisant sa pensée. Tous pensaient avec leurs images auditivo-motrices, et, cependant, il s'en trouvait plus d'un qui, pour la mémoire générale, appartenaient à la catégorie des visuels. »

Pour M. Déjerine, une lésion d'une partie quelconque de la

Digitized by Google

zone du langage entraînera fatalement une altération de toutes les images du mot.

Il divise les aphasies en deux grandes classes : celles où le langage intérieur n'est pas atteint (aphasie motrice pure, cécité verbale pure, surdité verbale pure) provoquée par des lésions siégeant en dehors de la zone du langage ; et celles où le langage intérieur est atteint (aphasie motrice corticale, aphasie sensorielle corticale), produites par l'altération d'un centre. Il n'admet pas l'hypothèse d'un centre graphique, l'agraphie constituant un symptôme banal de certaines formes d'aphasies.

Ainsi donc, dans l'aphasie motrice corticale non seulement le malade a perdu la possibilité de traduire sa pensée par la parole, mais chez lui l'écriture spontanée ou sous dictée est nulle ou très altérée, la lecture mentale présente toujours de grandes altérations et le fonctionnement des images auditives est loin d'être parfait.

Si dans certains cas les altérations du centre des images auditives et visuelles sont très nettes, dans d'autres cas, et surtout quand la maladie est en voie d'amélioration, elles sont plus difficiles à mettre en évidence. Ce sont les troubles latents qui sont décélés par certaines expériences (Dejerine, Thomas et Roux). Le malade, qui reconnaît le dessin du mot, est incapable de le comprendre si on l'écrit en lettres ou en syllabes séparées, verticalement ou horizontalement ; ce qui indique un certain degré de cécité verbale. Il ne reconnaît pas la première syllabe du nom d'un objet qu'on lui montre si on prononce devant lui plusieurs syllabes parmi lesquelles elles se trouvent intercalées ; ce qui indique un certain trouble dans l'audition verbale. M. Pitres (*Progrès Médical* mars-juin 1898) attribue ces altérations de la lecture ou de l'audition mentale à un simple trouble de la fonction des images amnésiques (apenie verbale) ; chez ces malades, les sensations visuelles ou auditives ne laissent pas de traces persistantes, et, quand ils lisent ou entendent un mot, ils ne se souviennent plus du mot précédent.

L'aphasie sensorielle corticale comprend à la fois les troubles de la compréhension de la parole parlée et de la parole écrite ; suivant la localisation de la lésion l'altération de l'une ou l'autre de ces images sera plus marquée, mais les deux seront touchées. Le malade ne comprend plus les mots prononcés devant lui, ne distingue plus les airs de musique qui lui étaient familiers, ne reconnait plus le sens des mots écrits, ne peut plus reconnaître les lettres et ne comprend plus le sens du dessins qu'il voit ; en plus de ces troubles des images auditives et visuelles, il présente des altérations de l'écriture et de la parole : il a de l'agraphie ou de la paragraphie, spontanément

Digitized by Google

il ne peut que copier servilement le modèle qu'on lui propose, et il présente, bien qu'il soit un verbeux et un loquace, de la paraphasie ou de la jargonophasie. Chez lui, les images motrices sont intactes mais elles ne sont plus réglées par le centre auditif, leur régulateur normal.

M. Grasset décrit à côté des aphasies corticales et sous cortiales qu'il désigne sous le nom de polygonales et sous-polygonales, les groupes des aphasies sus-polygogonales et des aphasies transpolygonales. Dans l'aphasie sus-polygonale ou idéo-polygonale (psychonucléaire de M. Pitres ou transcorticale des auteurs allemands), le centre de l'idéation est séparé du centre moteur de la parole, du centre graphique, auditif ou visuel. C'est ainsi que, dans l'aphasie idéo-motrice, la parole volontaire, est seule supprimée, tout le reste est conservé même la parole automatique ; dans l'aphasie idéo-visuelle, le malade lit à haute voix correctement mais sans comprendre ce qu'il lit, à la façon d'un distrait.

Le siège de l'idéation étant inconnu, le siège de l'altération de ce groupe d'aphasies est également inconnu encore. M. Déjerine considère ces variétés comme des stades d'amélioration des autres aphasies.

Dans les aphasies transpolygonales (internucléaires de Pitres), la lésion siège sur les fibres d'association qui unissent les différents centres : le langage volontaire est conservé et le langage automatique est compromis. Dans l'aphasie visuelle, tout est possible, sauf la lecture à haute voix ou la copie d'un texte lu etc. Dans ce groupe, peut entrer l'aphasie optique de Freund dans laquelle le sujet ne peut prononcer le nom d'un objet qu'il voit et qu'il reconnaît, mais qui prononce ce nom s'il touche ou flaire cet objet.

Ces varlétés dont l'existence ne repose encore sur aucune base anatomo-pathologique, semblent devoir rentrer dans les aphasies sous corticales de M. Déjerine.

L'aphasie amnésique de M. Pitres, produite non par la destruction « d'un centre spécialisé exclusivement affecté à l'évocation, mais des fibres commissurales qui réunissent les centres différenciés des images verbales aux parties de l'écorce dans lesquelles s'opèrent les actes psychiques supérieurs », est caractérisée par des troubles variables de l'évocation de certains mots. Le malade ne peut trouver spontanément le nom d'un objet, il le prononce si on le lui souffle ou même si on lui en dit la première syllabe, alors que l'aphasique moteur ne pourrait le prononcer. Il n'y a donc pas lésion du centre des images motrices, mais perte de communication entre les centres psychiques supérieurs et les centres du langage.

Digitized by Google

Pour M. Déjerine, l'aphasie amnésique de Pitres n'existe pas en tant que forme spéciale d'aphasie, elle n'est qu'une variété atténuée d'aphasie motrice ou sensorielle avec lesquelles elle se confond.

En nous plaçant au point de vue de l'état des facultés intellectuelles des aphasiques, nous retrouvons les deux grandes variétés d'aphasies.

Dans les unes, aphasies pures, il n'y a pas de trouble du langage intérieur et partant pas de trouble intellectuel ; dans les autres, aphasies corticales motrices et sensorielles, le langage intérieur et l'intelligence sont troublés. Ces troubles sont plus exactement appréciés dans les différents cas d'aphasie, chacun d'eux pouvant être plus minutieusement analysé, grâce aux notions précises que nous fournissent la psychologie et l'anatomie pathologie.

Quand les images auditivo-motrices et visuelles des mots sont altérées bien que les idées existent et puissent se combiner sans les mots qui les représentent, les idées sont moins nettes et deviennent moins maniables. De plus, ne comprenant plus ce qu'ils entendent et ce qu'ils lisent ou du moins ne le comprenant qu'imparfaitement les aphasiques ne peuvent acquérir facilement d'idées nouvelles.

On comprend donc que les aphasiques, du fait seul de l'altération de leur langage intérieur, aient une diminution de leurs facultés intellectuelles ; et cette diminution sera proportionnelle, dans chaque cas, à l'intensité des lésions, à leur retentissement sur les zones voisines et enfin à l'état des artères du cerveau, les lésions étant le plus souvent des ramollissements en rapport avec l'athérome artériel.

M. Dejerine fait remarquer que les altérations du langage naturel, les troubles de la mimique, en particulier, ne se rencontrent que dans les cas d'aphasie de nature très complexe, par le fait même qu'elles s'accompagnent d'un déficit en général très marqué de l'intelligence. La mimique, intacte ou peu touchée dans les aphasies corticale est très expressive dans les aphasies pures.

***

Il est intéressant de s'étendre un peu sur la différence présentée, au point de vue mental, par les deux types d'aphasiques, les sensoriels et les moteurs. Alors que les aphasiques moteurs font le plus souvent illusion sur leur valeur intellectuelle, les aphasiques sensoriels ne comprenant plus le sens des mots qu'ils entendent ou qu'ils lisent, ne pouvant exprimer leur pensée ni par l'écriture ni par la parole, se trouvent, par là même, privés de tout commerce avec leurs semblables paraissent plus affaiblis

Digitized by Google

qu'ils ne le sont en réalité et peuvent être même parfois considérés comme des déments incohérents.

Cependant malgré le trouble de leur langage intérieur, malgré la perte des images auditives visuelles des mots ils peuvent penser, et ils pensent avec des images d'objet. « Sans le langage, dit M. E. Tournier cité par Ballet, on ne peut concevoir une intelligence active, aisée, singulière et progressive, mais on peut concevoir une intelligence. Il est impossible de bien penser, mais il est possible de penser ».

On les a comparés tour à tour à des sourds-muets intelligents ou à des étrangers ne parlant pas la langue du pays où ils se trouvent, avec cette aggravation même, qu'ils ne se rendent pas compte de l'incohérence de leur langage.

L'aphasie sensorielle avec paraphasie peut donc simuler la démence : un certain nombre d'observations ont été rapportées à ce sujet.

Baillarge, dans son discours à l'Académie de médecine (1865) cite l'observation d'une malade de son service, qui « ne peut nommer les objets usuels et qui ne peut même pas dire son nom. Quand on lui présente un objet elle fait signe qu'elle le connaît et s'efforce de le nommer mais n'y parvient jamais. Elle a conscience de son état et s'en afflige. Cependant cette femme prononce une foule de mots incohérents en les accompagnant de gestes expressifs qui prouvent que derrière cette incohérence il y a des idées bien déterminées qu'elle veut exprimer. La perversion du langage a été si grande chez cette maladie que longtemps on l'a crue sourde et aliénée. La question de la surdité a été facile à juger, mais il n'en a pas été de même de celle d'aliénation. La folie, comme on l'a dit, est une infortune qui s'ignore elle-même: or ce caractère essentiel manque chez notre malade, qui semble apprécier très bien son état ; elle ne se livre d'ailleurs à aucun acte déraisonnable. »

M. Magnan à la société de Biologie, en 1879 cite des malades qui, tout en paraissant suivre une série d'idées ont perdu le souvenir des signes conventionnels qui les expriment et traduisent leur langage intérieure par un verbiage incohérent. Il distingue l'incohérence produite par des désordres anatomiques qui viennent brutalement briser le jeu des fonctions du langage, incohérence qui ne réside que dans la formule verbale de l'idée et non dans la pensée elle-même, des incohérences de langage qui sont l'expression du désordre profond de la pensée.

M. Paul Garnier a relaté en 1889, une observation très intéressante d'une malade, Marguerite L., atteinte de cécité et de surdité verbales, avec paraphasie et agraphie. Cette femme qui

Digitized by Google

avait eu des attaques apoplectiformes, vaquait aux soins du ménage et se conduisait raisonnablement. Elle fut arrêtée dans la rue, un jour que, sortie pour faire des provisions, elle se fit remarquer par l'incohérence de son langage ; elle n'avait pu donner ni son nom, ni son adresse et n'avait pu répondre que par un bavardage inintelligible aux questions les plus simples. Amenée au Dépôt, elle continua à prouver par le caractère raisonnable de ses actes et de sa manière d'être qu'elle jouissait de son intelligence et fut rendue à sa famille.

Dans un autre cas, M. Garnier fit conduire à l'hôpital une autre malade du même genre, Mme F., qu'il ne considérait pas comme aliénée. « De telles infirmes du langage, dit M. Garnier, se trouvent, au point de vue de la communication des idées et des échanges incessants que comportent les nécessités de la vie courante, dans des conditions particulièrement difficiles qui les isolent en quelque sorte et les relèguent dans une infériorité marquée. Ils ont besoin d'aide et de protection aussi bien que de soins, et, à défaut de famille, c'est l'hôpital qui leur convient.

M. Séglas insiste sur la difficulté du diagnostic de l'aphasie sensorielle. Il cite le cas d'une dame de cinquante ans, soignée par lui plusieurs années auparavant pour un accès de mélancolie anxieuse, qui se présenta un jour à lui dans un état d'anxiété profonde, poussant des soupirs et répétant toujours la même phrase. Cette dame n'était cependant pas aliénée, elle n'était qu'aphasique sensorielle.

Enfin M. Charpentier a étudié les cas de paraphasie simulant la démence, et il croit que, parmi les vieux chroniques des asiles à incohérence apparente, se trouvent des paraphasiques ne comprenant pas ce qu'ils disent, mais sachant bien ce qu'ils veulent dire.

Heilbronner (Congrés des Aliénistes allemands, août 1899), étudie les lésions diffuses du lobe temporal, qui donnent lieu chez certaines malades, non pas à de véritables troubles aphasiques mais à des troubles analogues, dus à la perte de l'attention et à la dissociation des idées.

J'ai rapporté aussi à la Société médico-psychologique l'observation d'un malade atteint d'aphasie sensorielle avec paraphasie qui, par suite de cette altération du langage, paraissait atteint de démence incohérente. Par sa mimique, par le caractère raisonnable de sa conduite et de ses actes, ce malade manifestait qu'il jouissait de son intelligence; il fut rendu à sa famille, put reprendre ses occupations et s'est montré capable de vivre en liberté.

Dans l'observation 59 de la thèse de Miraillé, le malade atteint d'aphasie sensorielle avec prédominance du côté des troubles de

Digitized by Google

lecture est noté comme ayant son intelligence conservée, il peut circuler dans Paris sans s'y égarer et rentrer seul à Bicêtre.

M. Déjerine dit avoir connu plusieurs aphasiques sensoriels dont l'intelligence avait conservé son intégrité.

« L'intelligence, dit M. Déjenire, est toujours touchée, l'affaiblissement intellectuel chez eux est plus marqué que chez l'aphasique-moteur, mais il peut parfois être presque nul. Ce défaut intellectuel se traduit d'ordinaire par une mimique moins expressive que chez l'homme sain. Cependant, d'ordinaire, le sensoriel est capable de faire comprendre par la mimique ses désirs et ses pensées. »

Mais le plus souvent l'aphasie sensorielle s'accompagne des troubles intellectuels, des modifications du caractère et des sentiments affectifs qui sont liés aux lésions circonscrites du cerveau. Dans la plupart des observations, où l'état de l'intelligence et du caractère est étudié, les facultés intellectuelles sont diminuées. (Miraillé, Swortzoff, Touche). Un malade de Wyllie, cité par Miraille, avait l'intelligence intacte mais avant cependant la sensation de nuage dans le cerveau ; un autre ne se reconnaissait plus dans les rues, etc.

En outre, l'aphasie sensorielle peut compliquer certains états démentiels et même la paralysie générale. Sérieux a communiqué un cas de surdité verbale chez un paralytique général; il a publié d'autres cas de surdité et de cécité verbales chez un dément, de cécité verbale avec agraphie chez un affaibli intellectuel, etc. Trénel donne l'observation d'une aphasique amnésique avec cécité verbale et agraphie, qui présentait des troubles psychiques à forme circulaire.

Dans ces cas, il est bien difficile d'appprécier la part de la déchéance mentale qui peut être attribuée à l'aphasie sensorielle.

Notons enfin, que des aliénés peuvent devenir aphasiques sensoriels. C'est ainsi qu'un malalade de M. Garnier, délirant chronique, devenu aphasique sensoriel, attribue ses troubles de compréhension et d'expression aux persécuteurs qui agissent sur lui.

D'une manière générale — et cette conclusion ressort de cette étude — il semble donc que si un certain nombre d'aphasiques ont conservé l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, malgré les troubles du langage qu'ils présentent, la plupart sont affaiblis dans leur intelligence et versent facilement dans la démence.

Digitized by Google

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lordat. Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie, Montpellier, L. Castel, 1843.

Broca (P.). *Bull. Soc. Anatomique de Paris,* 1861, S. 5, 330.

Falret (J.). Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales. *Archives générales de médecine,* 1864.

Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 2 édit., 3 v., in-8°, 1865.

Baillarges. Discours à l'Académie de médecine, 1865.

Peter. *Archives générales de médecine,* 1865.

Proust. De l'aphasie. *Arch. générales de médecine,* 1872, I, 147; 303; 653.

Tardieu. Etude médico-légale sur la folie., in-8°, 1872.

Société de médecine légale, 1873. Discussion.

Wernicke. Ueber aphasische symptomen complex, 1874.

Charcot. Œuvres. (Passim).

Legroux. De l'aphasie, Th. d'agrégation de Paris, 1875.

Billot, Mesnet, Lasègue, J. Falret. Discussion à la Société médico-psychologique, 1876 et 1877.

Pitres (J.-A.). Recherches sur les lésions des hémisphères cérébraux étudiés au point de vue des localisations cérébrales. Th. Paris, 1877.

Magnan. Société de Biologie, 1879; 1880; 1883.

Marie (P.). De l'aphasie, revue générale, *Revue de médecine,* 1883, III, 692-702.

Kussmaul. Les troubles de la parole. Trad. par Rueff, 1884.

Ballet. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, in-8°, 1886.

Bernard (D.). De l'aphasie et de ses diverses formes, 2e édition, avec une préface et des notes par Ch. Féré, in-8°, 1889.

Séglas. Troubles du langage chez les aliénés. Collection Charcot-Debove, in-18, 1892.

Dejerine, Mirallié, Thomas et Roux, Soc. de Biéologie, 1895 et 1896.

Mirallié. De l'aphasie sensorielle, Thèse de Paris, 1896.

Pitres (A.). L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. — Progrès médical, 1898, 3e s., VII, 1re sem., 321-324, 337-340, 369-371, 401-404; 2e sem., 17-23, 65-70.

Heilbronner. Sur les rapports de causalité entre la Démence et les troubles aphasiques. Congrès annuel des aliénistes allemands, août 1899, anal. in *Revue neurologique,* 1900, VIII, 414.

Touche. Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle. *Arch. génér. de médecine,* 1899, n. s.. II, 641-660.

Sérieux et Farnarier. Un cas de surdité et de cécité verbales suivies d'autopsie. Soc. de neurologie, 1er février 1900. — **Sérieux.** Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *Société de neurologie,* 8 mars 1900.

Déjerine. Article « Séméiologie du système nerveux » in. Bouchard. Traité de Pathologie générale, V. 1901.

Grasset. Diagnostic des maladies de l'encéphale. Collection des Actualités médicales, J.-B. Baillière, 1901.

Vigouroux (A.). Etat mental des aphasiques sensoriels, Société médico-psychologique, 22 juillet 1901.

Digitized by Google

TECHNIQUE

Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes (Asile de Villejuif)

MESURE DE LA MÉMOIRE DES CHIFFRES

par H. Pieron

On fait souvent appel, lorsque l'on veut mesurer sommairement la capacité d'une mémoire individuelle, au procédé des chiffres à retenir. Ce n'est pas à notre avis le meilleur test, à cause du nombre très limité des éléments, qui se répètent : Il y a là une mémoire de l'ordre des éléments présentés eux-mêmes, plutôt que de ces éléments, et ce n'est pas une mémoire type.

Cependant comme cette mémoire est très généralement utilisée, nous croyons utile de donner quelques détails sur la technique à suivre dans ces expériences, afin de leur donner le maximum de précision possible et désirable.

I. — Nous n'insisterons pas sur les *conditions générales* de l'expérience, toujours les mêmes quand il s'agit d'expériences psychologiques un peu délicates. Rappelons qu'il faut l'isolement complet du sujet, qui doit être tout à fait tranquille, que l'on doit avoir un silence absolu, aucune distraction, et que, pour les expériences auditives, le sujet doit avoir les yeux bandés ; pour les expériences visuelles, son champ doit être borné. Enfin le sujet doit être commodément installé, assis, etc.

II. — *Mémoire visuelle.* — Quand on étudie la mémoire visuelle des chiffres, on cherche la *distance* optima de la vision du sujet, c'est-à-dire la distance pour laquelle il a le maximum de vision distincte. Pratiquement on peut, pour le déterminer, faire appel au sujet et lui demander, pour des chiffres de la grandeur de ceux qu'on lui présentera, de se placer à l'endroit où il voit le mieux. Pour l'*éclairage*, il serait bon de le graduer aussi à l'optimum individuel de chacun. Cependant ici, il est possible de déterminer un optimum moyen, car il y a moins de variations individuelles pour les conditions de luminosité que pour celles de distance. Si l'œil avait des vices de réfractions accentués, on pourrait demander au sujet de déterminer son optimum après correction préalable de sa vision par des verres appropriés. La *grandeur des chiffres* peut-être déterminée aussi comme optimum moyen. Nous croyons que l'on peut accepter les chiffres de la machine à écrire Remington (Hauteur : 3^{mm}. Largeur moyenne : 2^{mm}.) L'emploi de la machine à écrire est très désirable, car elle est plus pratique que l'imprimerie et donne une régularité que l'écriture manuelle n'a pas. On mettra entre les chiffres un écart égal à leur hauteur : ici 3^{mm} (les deux écarts de la machine à écrire).

La *présentation* d'une série de chiffres peut être successive ou simultanée.

Si elle est *simultanée*, on commencera par établir le temps de

Digitized by Google

lecture du sujet, en lui faisant lire le plus rapidement possible un nombre donné de chiffres, 10 par exemple; on note le temps au chronomètre.

On donne comme *temps de présentation* le double de ce temps de lecture déterminé pour chaque série de chiffres.

On doit donc ne laisser voir le texte au sujet que pendant le temps déterminé. Comme *dispositif*, il ne faut pas mettre subitement sous les yeux du sujet la feuille, ou mieux le carton portant le texte ; car le sujet ne sait pas l'endroit où il doit regarder et perd ainsi du temps. Or les limites de ce temps sont difficiles à établir : l'arrêt n'est pas instantané, et il y a une période indéterminée où les chiffres sont déjà visibles et se meuvent encore.

Il faut, si l'on ne peut employer d'appareil plus compliqué, ce qui est généralement le cas, procéder ainsi : on fixe à un endroit déterminé le carton du texte devant un écran. On règle le métronome qui doit donner la mesure du temps. A un battement initial, le sujet ayant les yeux fixés sur un point qu'on lui a déterminé, on ôte subitement l'écran, et au battement terminal du métronome on le remet aussi le plus vite possible.

Pour la *disposition* des chiffres, quand on veut faire le moins d'expériences possibles, on les sépare dans la série par des points afin de forcer pour ainsi dire le sujet à lire les chiffres individuellement. Car la lecture de nombres comprenant plus ou moins de chiffres est un élément de variation, et par conséquent d'erreur chez les différents sujets pour lesquels ces résultats ne sont donc plus parfaitement comparables.

Si la présentation est *successive*, on fixe le *temps* de présentation de chaque chiffre individuellement, par une division du temps de lecture de 10 chiffres. On donne le double du temps ainsi obtenu comme temps de présentation. (A la rigueur on peut déterminer ici un temps moyen). On met comme intervalle entre les chiffres présentés séparément le double du temps de présentation ; cela est nécessaire pour qu'on puisse réaliser le dispositif désirable.

On met les battements d'un métronome que l'on a réglé d'avance.

Comme *dispositif*, on prépare un écran fixe avec une fenêtre. On met devant cette fenêtre un autre écran que l'on tient ; on a les chiffres sur des cartons séparés et en ordre : on applique le premier chiffre derrière la fenêtre de l'écran fixe; au battement initial du métronome, on ôte brusquement l'écran, on le replace au second battement; aussitôt on ôte le chiffre appliqué, et on met le suivant; au deuxième battement du métronome, encore on ouvre brusquement, on passe au suivant et on recommence. Il vaut mieux dans ce cas avoir un aide appliquant les chiffres sur la fenêtre.

III. — *Mémoire auditive.* — On commence par déterminer, comme pour la vision, la *distance* optima individuelle d'audition du sujet, en lui faisant chercher la place où il entend le mieux un son d'intensité déterminée, celle des chiffres qu'on prononcera (cette *intensité* peut être une moyenne constante).

Il faut veiller très soigneusement à ce que l'intensité soit cons-

Digitized by Google

tante et à ce que la prononciation soit toujours également nette. Il y a là des difficultés pratiques qui font que la mémoire visuelle doit être en général préférablement employée à la mémoire auditive. Si l'on dispose d'un phonographe, on impressionnera des cylindres en veillant à sa prononciation, on prononcera ainsi les séries à audition dans le temps donné. On choisira les meilleurs cylindres, et l'on aura des excitations sensiblement constantes, durant un certain temps où les rouleaux ne seront pas usés.

Le *temps* peut être déterminé comme moyenne générale: Nous conseillons comme optimum la vitesse de deux chiffres par seconde. Il faut prononcer les séries par chiffres individuels, et non comme nombres.

IV. — *Constitution des tests.* — On forme des tests, depuis 2 jusqu'à 15 chiffres : ce sont les limites extrêmes habituelles de la mémoire humaine. On a au moins trois tests de chaque série.

On évite les répétitions de chiffres trop fréquentes, les constitutions de nombres trop connus (365, 1900, etc., etc.,), on tâche enfin de constituer des tests neutres.

En voici quelques exemples.

Nous donnons 9 séries de 3 tests de 2 à 10 chiffres, car il est rare que l'on ait besoin de dépasser couramment ce nombre.

— 3.9.
- 4.6.
- 8.7.
— 2.9.5.
- 6.3.4.
- 9.1.7.
— 4.8.3.0.
- 6.5.2.9
- 8.1.6.0.
— 1.3.9.7.2.
- 6.0.9.3.5.
- 3.4.7.8.2.
— 7.3.0.6.9.8.
- 4.2.9.5.8.0.
- 2.8.7.6.0.1.
— 3.7.9.2.8 5.1.
- 9.8.0.4.6.3.5.
- 1.0.3.5.7.6.4.
— 1.7.2.8.3.6.9.5.
- 9.6.2.7.3.4.9.1.
- 4.9.3.8.2.5.7.6.
— 9.6.1.4.2.5.7.3.0.
- 1.7.2.5.6.0.8 4.9.
- 4.9.6.2.8.0.5 4 3.
— 9.4.8.3.2.4.1.7.0.8.
- 5.4.2.8.0.2.9.3.6.7.
- 8 7.6.3.9.5.4.7.2.1.

Digitized by Google

Ces exemples pourront servir, si l'on ne veut pas en chercher d autres soi-même. Nous conseillons d'ailleurs très vivement l'emploi des mêmes tests que l'on garde pour tous les sujets au lieu d'en composer chaque fois au hasard. Les expériences sont plus comparables et l'on évite plus facilement les coïncidences fâcheuses, cause d'erreur dont nous avons vivement recommandé l'élimination.

V. — *Ordre de présentation des tests.* — On commence par présenter au sujet une série de chiffres, prise — pour ne pas le fatiguer — dans les environs de la mémoire normale; nous conseillons 6 chiffres. S'il ne les retient pas sans erreur, on commence par la série inférieure et l'on monte progressivement jusqu'à ce qu'on ait trouvé la série la plus haute qu'il retienne trois fois sans erreur.

S'il retient la première série présentée, on monte de la même façon jusqu'à ce qu'on obtienne le même résultat.

VI. — *Obtention et interpretation des résultats.*

Répétition. — On fait répéter au sujet la série présentée oralement et l'on écrit sous sa dictée, deux secondes après la cessation de la présentation auditive ou visuelle, simultanée ou successive.

On utilise donc la mémoire de reproduction. Le procédé de reconnaissance serait trop complexe, étant donné, nous l'avons dit que nous avons affaire à une mémoire d'un ordre d'éléments plutôt qu'à une mémoire des éléments.

En cherchant la série maxima répétée sans erreur, on élimine le calcul des erreurs qui serait, lui aussi, rendu difficile par ce fait que c'est une mémoire d'ordre.

On caractérise donc la mémoire individuelle étudiée par le nombre de chiffres retenus trois fois de suite sans erreur.

Nous conseillons, si l'on ne veut faire qu'une expérience, la mémoire visuelle simultanée.

Nous donnerons d'autres techniques analogues pour des expériences de psychologie, en particulier pour la mémoire, l'association des idées et l'attention, que l'on est plus couramment appelé à étudier, en particulier au point de vue clinique.

— Nous croyons qu'elles pourront rendre quelques services et permettront de donner une précision réelle à des expériences qui restent le plus souvent trop vagues et vraiment trop approximatives, sans demander cependant une complication au-dessus des forces desexpérimentateurs de bonne volonté.

PAGES OUBLIÉES

LA PROPHYLAXIE PÉNALE DU SUICIDE

par Esquirol [1]

Aujourd'hui, en France et dans une grande partie de l'Europe, on accuserait de barbarie la punition d'un suicide. Beccaria ré-

[1] Esquirol. Des maladies mentales, 1838, I, p. 667-669.

Digitized by Google

prouve les peines portées contre le suicide, parce que, dit-il, en n'atteignant que le cadavre, on ne fait nulle impression sur les vivants, tandis qu'en faisant porter la peine sur les parents, on frappe les innocents, ce qui est injuste. Si l'on m'oppose, dit l'auteur des délits et des peines, que la crainte de l'infamie peut détourner l'homme le plus déterminé, je réponds que celui que l'horreur de la mort, les menaces de la damnation éternelle ne retiennent pas, ne sera pas retenu par des motifs bien moins puissants.

Est-ce que tous les jours les premières lois de la nature, les menaces de la religion, ne sont pas sacrifiées aux préjugés, aux passions, aux intérêts sociaux ? Qu'on ne dise point que les peines portées contre les sorciers et les possédés, loin d'en diminuer le nombre, l'augmentaient, et qu'il en serait de même des peines contre le suicide. Dans le premier cas, les peines, infligées aux sorciers et aux possédés, étaient établies d'après une erreur populaire; plus les lois se montraient sévères, plus elles persuadaient qu'il y avait des sorciers et des possédées dont elles sanctionnaient la croyance. Le nombre de ces insensés diminua dès qu'on cessa de croire qu'il y avait des sorciers, et de fortifier les peuples dans cette croyance par l'acharnement qu'on mettait, non à détruire l'erreur, mais à la punir. La croyance populaire n'est pas favorable au suicide, il ne s'agit pas de combattre une erreur, mais de prévenir un acte, quel que soit d'ailleurs son caractère moral ou légal. Les raisonnements ne sauraient prévaloir contre l'autorité de l'expérience; des lois comminatoires ont fait cesser les suicides en Egypte, à Milet, en Amérique. Le suicide est plus fréquent depuis que les loi qui le condamnent sont sans vigueur ; donc, dans l'intérêt de la Société, le législateur peut établir des lois, non pénales contre le cadavre du suicidé, encore moins contre ses parents, mais des lois comminatoires pour prévenir le suicide. Il ne m'appartient pas d'indiquer quelles sont ces lois, mais je pense qu'elles doivent varier suivant les caractères, les mœurs, et même les préjugés des peuples, et être dirigées contre les causes sociales qui sont propres à développer la tendance au suicide. Par exemple, de nos jours, le roi de Saxe vient d'ordonner que le corps des suicidés soit livré aux amphithéâtres publics de dissection.

En attendant qu'une sage législation apporte quelque remède à cette plaie de la Société, les amis de l'hnmanité peuvent désirer que l'éducation repose sur des principes plus solides de morale et de religion ; ils doivent réclamer contre la publication des ouvrages qui inspirent le mépris de la vie et vantent les avantages de la mort volontaire. Ils doivent signaler au gouvernement les dangers qui résultent de mettre sur la scène, les infirmités auxquelles l'homme est exposé. Ils doivent demander hautement qu'on défende aux journaux d'annoncer tous les suicides, et de rapporter les motifs et les plus légères circonstances du meurtre. Ces récits fréquents familiarisent avec l'idée de la mort, et font regarder avec indifférence la mort volontaire. Les exemples fournis tous les jours à l'imitation sont contagieux et funestes, et tel individu, poursuivi par les revers ou par quelque chagrin, ne se serait pas tué s'il n'avait lu dans son journal l'histoire du suicide d'un ami, d'une connaissance. La liberté d'écrire ne saurait prévaloir contre les vrais intérêts de l'humanité.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 30 décembre 1901)

TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE

(MM. Joffroy, Magnan, Ballet, Arnaud, Raffegeau, Boissier, Thivet)

M. Joffroy. Je désire relater l'observation d'une morphinomane de 32 ans, à moi adressée par M. Ballet, et considérée comme ne pouvant être guérie dans une salle d'hôpital.

Cette femme, rhumatisante, avait une endocardite et une aortite (insuffisance des valvules avec dilatation énorme de l'aorte). Elle était dans un état très cachectique.

A cause de sa cachéxie et des lésions vasculaires, le pronostic fut porté mauvais. Il y avait tout lieu de craindre des accidents cardiaques très graves au moment du sevrage. Elle fut cependant soumise au traitement spécial et fut guérie de sa morphinomanie, *sans s'en douter*, sans qu'elle ait jamais eu d'accidents.

Ce traitement spécial, déjà communiqué à la Société médicale des hôpitaux, consiste en ceci : Je préviens le malade que la suppression de la morphine ne commencera qu'après une période d'observation d'une durée indéterminée. Je conviens avec lui d'une dose journalière de morphine, à peine inférieure à celle qu'il prenait avant le début du traitement. Le médicament est donné en un certain nombre d'injections et à des heures fixes.

Au début du traitement, on donne réellement les doses convenues.

C'est le chef du Laboratoire, qui ne va pas dans les salles des malades, qui prépare seul et lui-même les solutions. Je détermine avec lui les grandes lignes de la diminution, qui doit commencer dans quelques jours ou quelques semaines, selon l'état physique du malade qui a plus ou moins besoin d'être remonté, et doit se poursuivre durant un temps assez long. Mais je ne fixe pas les dates des différentes époques thérapeutiques, de sorte que, moi-même, j'ignore quand le traitement commencera et quand la suppression de toute quantité de morphine aura lieu.

D'autre part, on prend des précautions pour empêcher que quelqu'un — et par conséquent le malade — puisse se douter des phases du traitement. C'est ainsi que dans les flacons, les solutions de morphine occupent toujours le même volume; le nombre des seringues injectées reste toujours le même. Enfin, pour que la sensation locale soit la même, les liquides injectés consistent en du serum artificiel, dont la teneur en morphine seule varie.

Avec cette méthode de traitement, où personne, pas même le médecin, ne peut, volontairement ou non, mettre le malade au courant des phases du traitement et notamment l'informer du moment où l'on supprime la morphine, l'absence absolue des accidents est un fait remarquable. Peu de phénomènes de collapsus cardiaque; un peu de diarrhée seulement. Quand je cesse les injections, la morphine

Digitized by Google

est supprimée déjà depuis plusieurs jours, et le malade a été guéri sans s'en douter.

Ce mode de traitement semblerait prouver que les accidents les plus graves, et notamment les accidents cardiaques, sont provoqués par la connaissance qu'a la malade de la suppression de la morphine.

M. Magnan. En agissant d'une façon tout à fait inverse, en faisant le malade confident du traitement, en a des résultats tout aussi bons.

A l'Admission, on procède de la façon suivante : on sèvre le sujet d'une manière très lente s'il est cachectique ; mais le malade sait que tel jour, il a telle dose. A un certain moment, je donne des opiacés par la voie gastrique.

Ordinairement, au bout de 10 jours, la morphine est complètement supprimée, mais le traitement n'est pas terminé. A ce moment, le malade prend 20 centigrammes d'opium qu'on diminue de 2 centigrammes par jour. Je prescris ensuite des toniques et des douches. Ce traitement ne m'a jamais donné d'accident et m'a toujours réussi.

Ces méthodes, celle de M. Joffroy et la mienne sont en opposition avec les suppressions brusques et rapides. J'ai expérimenté ces derniers traitements, mais le souvenir que j'al conservé des souffrances qu'endurent les malades, pendant deux ou trois jours, est tel que je n'ose plus les employer,

M. Joffroy. Avec la méthode de M. Magnan, j'ai eu parfois des accidents tels que je n'osais pas frenchir le cap de la suppression totale. Les accidents cardiaques surtout me paraissaient effrayants.

M. Magnan. Avec l'opium, j'emploie aussi la digitale et la spartéine. Le traitement de M. Joffroy est un traitement moral, peut être est-il insuffisant contre des accidents cardiaques à base organique.

M. Ballet. La méthode de M. Joffroy repose sur l'ignorance du malade et de l'entourage. Or souvent j'ai employé des injections de solutions à différents titres ; et j'ai constaté que les malades, ordinairement ne s'y trompaient pas ; non pas seulement parce que l'attitude de l'entourage pouvait les renseigner, mais par une sensation de non-satisfaction dont ils avaient conscience.

M. Joffroy. Je rapporte des faits ; moi-même, j'ai été surpris du manque de sensibilité de la malade. Il est vrai que l'eau est remplacée par du serum ; la sensation éprouvée, au moment où l'on fait la piqûre, doit être toujours sensiblement la même et la sensation du changement de titre n'est pas perçue par la malade.

Dans une autre observation concernant une asthmatique, je craignais que les accidents respiratoires ne m'obligeassent à reprendre la morphine. Or non seulement la malade a pu être démorphinisée, mais les accès d'asthme ont diminué consécutivement d'une façon notable. Là encore la guérison s'est faite sans que la malade s'en doutât.

M. Arnaud. J'ai remarqué que dans le traitement des morphinomanes, ce n'est pas les grosses doses qui sont diffic les à supprimer, mais les derniers centigrammes. On a peut-être exagéré les

Digitized by Google

dangers cardiaques du sevrage morphinique. Comment M. Joffroy peut-il traiter le malade s'il ignore lui-même les périodes des traitements ?

M. Joffroy. J'indique, dès le début à mon chef de laboratoire, quelques indications générales sur les détails du traitement, en suivant certains symptômes.

Tous les cas de mort survenus dans la démorphinisation ne sont pas toujours publiés. J'ai renoncé dans un cas, à cause des accidents cardiaques graves,

M. Raffegeau. J'ai constaté souvent l'utilité de ne pas révéler au malade les diminutions de la dose de morphine.

M. Boissier. Cette méthode donne-t-elle une guérison de plus longue durée ?

M. Joffroy. Je ne pense pas que cette méthode ait une supériorité en ce point. Le malade est tout en cette affaire.

M. Thivet. Cette méthode doit-elle être appliquée dans tous les cas ou seulement dans les cas où l'on craint des accidents ?

M. Joffroy. Dans tous les cas, car on ne peut pas prévoir s'il y aura ou s'il n'y aura pas d'accidents.

* * *

Rapports. — M. Christian, analyse un mémoire du Dr Mabille sur les *Accès périodiques d'excitation survenant chez une hystérique au moment des époques. Meurtre de son amant pendant une de ces période. Irresponsabilité.* (*Bulletin de la société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, 12 juin 1901.

Election. — M. Ballet est élu vice-président de la Société pour l'année 1902. M. Lalanne est élu membre correspondant sur le rapport de M. Febvré. M. Marro est élu membre correspondant étranger, sur le rapport de M. Sémelaigne.

Dr A. Vigouroux.

Société de neurologie

(Séance du 5 décembre 1901)

EXTRAIT DU COMPTE-RENDU

VI. M. Laignel-Lavastine fait une communication sur une association d'hémiplégie hystérique et de diplégie cérébrale. Il présente la malade.

Le traitement par la suggestion n'arrivant pas à faire disparaître la totalité des accidents cette dissociation confirma le diagnostic d'association hystéro-organique.

Il y eut: 1° diplégie cérébrale infantile, 2° localisation de l'hystérie sur le membre inférieur droit lieu de moindre résistance.

VIII. M. Touche communique quatre cas d'hémianesthésie par hémorragie de la capsule externe et présente des coupes.

Société de Psychologie de Paris

(Séance du 6 décembre 1901)

M. Bréal fait quelques considérations intéressantes sur les défauts et les avantages du langage ; l'éminent philologue a ana-

Digitized by Google

lysé le coefficient d'intelligence que les notes évoquent et examine le parallélisme du développement mental et de l'expression motrice du langage.

M. Pierre Janet décrit avec détails l'histoire psychologique d'un sujet, une femme qu'il a eu l'occasion d'examiner à la Salpétrière et qui présentait ce que les spirites appellent : « *cas d'apport.* » Endormie le sujet avait expliqué que lui-même préparait les éléments de ce miracle, dont elle était la première toute prête à s'étonner, et où elle trouvait le signe d'une force miraculeuse. La famille de commun accord avec elle, voyait, dans une catégorie d'objets qu'on trouvait dans des endroits, où leur place n'était nullement indiquée, le symbole d'une relation avec une sainte protectrice, qui lui donnait des signes de sympathie. Le milieu était imprégné des idées spirites et on se partageait avec joie les objets que la sainte protectrice transmettait au sujet de M. P. Janet avec une certaine prodigalité. Une analyse psychologique minutieuse a facilité à M. Janet l'explication de ce miracle par la voie la plus simple; l'automatisme psychologique entre en jeu sans faire appel à ces belles et splendides forces d'un surnaturel si sympathique à bien des milieux. C'est une belle leçon pour les spirites, et la communication de M. P. Janet ne saura qu'encourager les psychologues à s'occuper des questions si chères aux spiritistes, ne fût-ce que pour leur démontrer la nullité de leurs broderies métaphysiques.

M. Dumas communique enfin que l'Institut de psychologie met à la disposition de la Société une salle de lecture, sa bibliothèque et plusieurs milliers de fiches que l'Institut vient d'acheter et qui représentent une riche source de bibliographie pour les psychologues ; les fiches contiennent le dépouillement d'un grand nombre de revues depuis une dizaine d'années. Il serait intéressant de mettre un ordre dans ces fiches ; elles rendraient un grand service aux psychologues, à qui les moyens de documentation manquent au plus haut degré. V.

ANALYSE DES LIVRES

Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale [1]

L'Audition par Pierre Bonnier. — Les Emotions par Sergi. — La Morale par Duprat. — La Mémoire par Bierrliet.

La Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale, fondée par M. le Dr Toulouse a été inaugurée par quatre volumes d'allure différente, ce qui confirme l'éclectisme de la bibliothèque mais tous intéressants et utiles : **L'audition** par Pierre Bonnier. L'auteur qui a consacré un très grand nombre d'études à l'oreille et au sens

[1] Volume in-18 de 300 à 400 pages, Doin éditeur. Prix 4 fr.

Digitized by Google

de l'ouïe a écrit un volume sur l'audition, où il a laissé de côté tout ce qui concerne le sens des attitudes et de l'équilibre fourni par les canaux semi-circulaires et s'est attaché exclusivement à la perception de l'ébranlement.

Dans un premier chapitre consacré à l'ébranlement, l'auteur, qui se refuse à distinguer le son du bruit, leur reconnaît les trois caractères de hauteur, d'intensité et de timbre. Il fait du timbre, non pas le résultat d'une composition du son, mais une forme spécifique de chaque son, une espèce de qualité primordiale, et le timbre d'un son composé est la résultante des timbres respectifs des sons composants. Définissant l'ébranlement, il en fait une variation de l'équilibre moléculaire. L'oreille sera donc sensible aux variations périodiques de pression. Mais les ébranlements se présentent sous deux formes, l'auteur y reviendra, l'ébranlement moléculaire, celui de l'air, et l'ébranlement molaire, celuidu stylet d'un phonographe par exemple qui transforme en un mouvement d'une masse, un ébranlement ondulatoire des molécules.

Dans un deuxième chapitre consacré à la physiogénie, M. Bonnier distingue d'abord les fonctions baresthésiques ou perception des variations lentes de la pression du milieu ambiant, fonctions auquelles sont consacrés les appareils rudimentaires des invertébrés, tels que les organes otocystiques puis les fonctions seisesthésiques, perception des secousses des ébranlements des milieux fluides, se faisant au moyen de tentacules différenciées de l'ombelle des méduses par exemple, ou des otolithes des turbellariès, des labyrinthes enfin ; perception qui n'est pas de l'audition proprement dite, d'après l'auteur, rien n'autorisant à admettre une sensation spécifique de son, même pour l'araignée dont on a pourtant vanté les goûts musicaux ; enfin les fonctions auditives proprement dites développées surtout chez l'homme.

Le troisième chapitre traite de l'anatomie. Il est fait surtout de figures très complètes et pourtant très claires et qui permettent de très bien se reconnaître sur des coupes nécessairement planes, jusque dans le labyrinthe lui-même.

Le quatrième chapitre, essentiel, est intitulé : Les Théories.

Après un assez long exposé historique des théories diverses presque toutes postérieures à celle d'Helmholtz de 1862, parmi lesquelles il y en a de M. Bonnier lui-même, l'auteur nous donne sa théorie propre qu'il a gardée sans modification depuis 1895. Elle est tout à fait originale.

Loin de considérer l'oreille comme un résonnateur, il la considère comme un appareil enregistreur, et il pose résolûment la question sur le terrain de l'hydrodynamique : Voici une simple ondulation sans transport molaire, sur la surface de la mer. Vienne un obstacle, un rocher ou une plage, et cette ondulation se transformera en une vague, c'est-à-dire en un mouvement molaire d'une masse d'eau dans son ensemble. Il y a un travail énorme dans cette transformation d'une ondulation moléculaire en une oscillation molaire. L'oreille présente justement l'obstacle et les organes adaptés

Digitized by Google

capables d'effectuer une telle transformation qui étale l'empreinte de l'ondulation : il se produit une oscillation totale n'ayant de commun avec l'oscillation moléculaire que la périodicité.

Dans le cinquième chapitre, sur la sensation auditive, l'auteur décrit et critique les principaux modèles d'acoumètres ; il s'arrête au diapason sous réserve de procédés spéciaux qu'il expose. Il donne quelques résultats intéressants de sa méthode.

Après quelques renseignements sur les rapports musicaux, l'auteur fournit d'assez nombreuses données pathologiques qu'il complète dans un sixième chapitre par un procédé de diagnostic précoce de la surdité progressive, l'épreuve paracousique.

Enfin un appendice donne in-extenso la longue discussion que l'auteur soutint avec M. Max Egger à la Société de biologie, à propos de l'orientation auditive.

Des faits précis, clairement exposés, des hypothèses d'une élégante sobriété, ne comportaient évidemment pas de grandes conclusions théoriques, l'auteur s'est donc abstenu de conclure, laissant le lecteur jusqu'au dernier moment au milieu de données positives et instructives.

***

Les Emotions par Sergi. Le Pofesseur d'anthropologie à l'Université de Rome a fait sur les émotions un livre très riche et très nourri, de plus de 450 pages.

Après des considérations générales sur l'irritabilité et la sensibilité, et sur la sensation, il aborde l'étude de la douleur et du plaisir. L'auteur rattache ces phénomènes à la vie de nutrition et non à la vie de relation, sous leur forme fondamentale, en rapport avec la conservation de la vie. Il serait très tenté de considérer le bulbe comme un centre spécial du plaisir et de la douleur sans pouvoir vraiment le prouver. Comme sources de douleur et de plaisir, à côté des excitations primordiales sur les organes et les tissus, il en place une autre qu'il juge plus large et plus abondante, les émotions. Leur processus lui parait identique à celui de la douleur et du plaisir. Les voies dans le processus et motif sont centrales, ou en même temps centrales et périphériques. Les émotions, elles aussi portent sur la vie de nutrition et non sur la vie de relation. Si la forme psychique de la douleur et du plaisir, diffère suivant qu'ils sont émotionnels ou sensitifs, la base physique n'en est pas moins la même.

Pour les émotions l'auteur, qui distingue cinq lois de leur apparition, l'inertie, la réaction, la périodicité, l'antagonisme et la cohésion, conclut que le centre émotionnel est, non le cerveau, mais le bulbe, centre de la vie de nutrition, et que la base physique des émotions est périphérique comme celle des sentiments organiques. Il appelle sa théorie, théorie périphérique des émotions.

L'auteur donne ensuite quelques notions utiles d'anatomie et de physiologie sur la base physique des émotions dont il cherche ensuite à élucider le mécanisme, en distinguant les deux formes opposées correspondant à des faits antagonistes. Son analyse le

Digitized by Google

confirme dans sa localisation des phénomènes émotionnels dans le bulbe.

M. Sergi considère la genèse des émotions comme intimement connexe aux fonctions vitales. Ce sont des altérations utiles à la défense. Leur origine peut être comme une excitation centrale : Une idée fixe est un motif continu d'excitation émotionnelle, comme dans l'amour ; c'est la cause permanente du sentiment provoqué.

L'émotion forme d'ailleurs une classe, comme les douleurs et plaisirs, du genre des sentiments.

L'auteur fait ensuite dans la généalogie des émotions fondée sur leurs caractères physiologiques, une classification générale qu'il justifie en définissant chacun des états qui y sont compris.

Après un chapitre sur les sentiments moraux qu'il considère comme instinctifs M. Sergi fait une synthèse psychologique des émotions, pour le centre de conservation individuelle, le centre d'émotions sexuelles, le centre émotionnel de parenté, et le centre d'émotions sociales. Il donne quelques notions de physiognomique et note les influences qui produisent une extraordinaire variabilité émotionnelle de l'homme.

Dans le treizième chapitre, consacré à la pathologie des émotions, il fait appel aux observations des psychiâtres, dont il critique vivement l'ignorance psychologique qui apparait dans leurs conclusions. Il reproche en particulier à Krafft Ebing, d'ignorer absolument la base physique des émotions et de ne parler que de conscience.

M. Sergi consacre ensuite une très longue étude à la question très attrayante des sentiments esthétiques et de leur origine où il discute longuement Spencer et Gugau. Il y a là de très fines analyses, d'un grand sens philosophique ainsi que pour sa courte et judicieuse étude du sentiment religieux. Il termine ces considérations par un chapitre sur l'évolution des sentiments.

Enfin la dernière partie de l'ouvrage, qui n'est certes pas la moins utile, consiste en un chapitre d'objections et critiques, où nous voyons M. Sergi exposer et critiquer la théorie de James, la défendre de certaines objections de Stumpf, repousser la théorie de Ribot, et exposer clairement quelques travaux expérimentaux très récents dont les faits pouraient entrer en ligne de compte dans les modifications, toujours possibles, des théories.

En résumé un livre très solide où avec une hypothèse très cohérente et des analyses très délicates, on a des faits, des observations, des opinions, des théories, donnant une idée des questions particulièrement en jeu dans une étude des émotions.

***

La morale par Duprat. — Cet auteur aspire à faire de la morale une étude psychologique, psycho-sociologique, la faisant ainsi descendre de son piédestal métaphysique dans la réalité des faits scientifiques.

Une première partie est consacrée à la méthode. L'auteur y étudie les rapports de la morale avec la métaphysique et la reli-

Digitized by Google

gion ; il établit ce que peut être la morale scientifique, et, différenciant la morale individuelle et la morale sociale, il expose les diverses méthodes historiques, et conclut que le premier moment de sa méthode sera l'établissement de l'obligation morale, l'idée d'activité rationnelle s'imposant à nous en raison de notre constitution mentale, le deuxième une étude des conditions psychologiques et sociales de l'action morale, et le troisième une construction technologique, fondée sur des faits, de l'idéal.

La deuxième partie traite de l'idéal psychologique. Il fait une étude à base psychologique et pathologique de la volonté morale ; il note la priorité de l'instinct, la variabilité, liée au caractère, qui est un tout donné chez chaque individu ; il considère enfin l'union des tendances diverses et de la raison.

Il montre ensuite que la notion de libre arbitre n'est pas essentielle à la morale, et passe à l'examen des diverses tendances morales correspondant à des doctrines différente, naturalisme, hédénisme, épicuréisme, utilitarisme etc, etc. Il voit se superposer à toutes ces tendances, qui loin de s'exclure forment un véritable système, la sociabilité, tendance complexe qui embrasse l'altruisme, l'esprit de sacrifice, l'esprit de solidarité, de discipline, d'obéissance aux lois et d'innovations généreuses. Il caractérise l'individu moral, et aborde enfin l'étude des actions immorales. Ce chapitre est à la fois un chapitre de pathologie morale et de pathologie proprement psychologique. Nous voyons défiler, à côté des criminels-types trop schématiques, à côté des criminels nés, des criminels par habitude, habitudes nées souvent sous l'influence d'une impulsion morbide, des criminels passionnés et des criminels par accident, au caractère trop instable pour résister à une impulsion, et capables de récidiver toutes les fois que l'impulsion récidivera, toute la classe des criminels aliénés, que M. Duprat considère comme tout à fait voisins ; ce sont les imbéciles, les dégénérés intelligents, les déséquilibrés, les impulsifs, les obsédés, toutes variétés de la folie morale, multiple et complexe. Des exemples illustrent ces classes. Nous voyons même les criminels par exagération morbide des bons sentiments.

Après un paragraphe sur le vertige moral, et une discussion de la théorie de Lombroso, sur les stigmates du criminel, M. Duprat, note les différents effets de plusieurs facteurs tels que l'hérédité, l'alcoolisme et tous les troubles sociaux en général.

Il conclut à la recherche d'une société idéale de laquelle seraient extirpées les principales causes du crime ou de la faute, qui sont foncièrement identiques aux causes sociales de la folie.

La troisième partie traite de cet idéal social. Elle débute par de longues et utiles considérations sur l'évolution sociale, économique et morale. Enfin un exposé des conceptions contradictoires de l'idéal social, la lutte de Nietzche et l'amour de Tolstoï, l'auteur expose la théorie des droits qui ont pour lui une valeur toute relative. Il considère ensuite l'Etat et son rôle, l'organisation économique, la famille, l'amitié et les sentiments collectifs. Pour lui,

Digitized by Google

la moralité sociale et individuelle ne peut être assurée que par le développement régulier d'une hiérarchie des tendances collectives subordonnée au sentiment de la fraternité.

Enfin la dernière partie traite de la partie vraiment pratique de la morale, et c'est peut-être la plus importante, à savoir la lutte contre l'immoralité.

L'auteur examine la question préalable de la responsabilité, à laquelle il substitue la notion sociale d'imputabilité.

Il examine le rôle de la sanction, dans ses rapports avec le droit des hommes au bonheur ; la punition en tant que punition lui paraît immorale, et la sanction n'est valable qu'au point de vue strictement utilitaire ; il y aura besoin d'ailleurs que la psychologie jette de la lumière sur les procédés qui pourraient rendre la peine vraiment éducative. Enfin l'auteur dégage l'importance de la suggestion morale.

Il y a dans ce livre un effort très louable pour rendre la morale vraiment dépendante des études de fait, car il n'est pas douteux que le droit dérive du fait et ne s'impose pas à lui. Mais il reste beaucoup à faire dans cette voie.

***

La mémoire, par Van Biervliet. — L'auteur a eu la très heureuse idée, dans une question aussi complexe, devant faire un chapitre d'une bibliothèque de psychologie expérimentale, de négliger toutes les études trop anciennes pour présenter un intérêt autre qu'un intérêt historique, et de se borner aux résultats de ces dernières années, mais en glissant sur les théories et en s'arrêtant uniquement sur les faits.

Une première partie concerne la mémoire de fixation : Dans le chapitre consacré au siège de la mémoire, l'auteur examine les études cliniques faites sur les diverses espèces d'amnésies, aphasies et agraphies et les études anatomiques corrélatives ; tout en reconnaissant la complexité des résultats, il croit pouvoir conclure à des localisations fixes des souvenirs chez tous les hommes, mais capables cependant de déborder certains territoires qui peuvent être supplés par d'autres voisins.

L'auteur est ensuite amené, tout naturellement à examiner la théorie, lancée par Charcot des types de mémoire. A côté des nombreuses observations pathologiques, il mentionne les études systématiques de psychologie individuelle normale, telles que celle du Dr Toulouse sur Emile Zola, et de M. Binet sur les grands calculateurs et joueurs d'échec : et se trouvant en présence encore d'une énorme complexité, c'est à l'analyse complète des mémoires individuelles qu'il fait appel pour arriver à une classification définitive des faits observés sans parti pris.

L'auteur étudie ensuite l'intensité de la mémoire de fixation ; il rapporte d'abord les observations pathologiques, les cas d'amnésie, d'amnésie antérograde particulièrement ; puis il expose les principales recherches expérimentales avec les conclusions des auteurs.

Digitized by Google

Il y a là un exposé très clair et assez complexe, où tout l'essentiel des travaux analysés est dégagé. En particulier M. Biervliet reproduit les tableaux de chiffres des auteurs.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de la mémoire de reproduction.

Le premier chapitre en est concerné à la pathologie, suivant l'ordre de l'auteur : il y étudie les maladies de cette mémoire. Il s'agit surtout des faits observés d'amnésie rétrograde. M. Biervliet s'adresse aussi aux études des aliénistes sur la désagrégation de la mémoire dans certaines maladies mentales, telles que la démence.

Enfin l'auteur consulte encore des faits d'altération de la personnalité dans le sommeil hypnotique, ou même dans le sommeil normal, et dans les cas spontanés : il y a là des fragmentations curieuses de la mémoire, dont M. Biervliet examine les interprétations proposées, celle de M. P. Janet en particulier.

Comme les souvenirs, pour se reproduire, ont besoin d'une excitation associative, le deuxième chapitre concerne les recherches expérimentales sur l'association des idées. Ici encore les faits sont très clairement et très complétement exposés; on a, après avoir lu ce chapitre une idée très nette des travaux qui ont été faits récemment sur la question. Là, comme partout, l'auteur remarque l'absence regrettable d'une étude vraiment systématique.

Enfin une troisième partie assez courte est réservée à la troisième forme de la mémoire, la mémoire d'identification, ce qu'on appelle la reconnaissance des souvenirs.

Le chapitre premier renferme des observations et discussions sur la mémoire d'identification et la localisation :

Les cas pathologiques examinés sont les paramnésies. Toutes les observations importantes y sont reproduites par l'auteur.

Ensuite il expose les travaux expérimentaux qui sont les plus récents, parmi les recherches sur la mémoire. En particulier il examine les études de Binet et Henri, de Bourdon, une observation d'aphasie de Thomas et Roux, et la seule étude expérimentale sur la localisation des souvenirs, celle de M. N. Vaschide, très fine et systématique. M. Biervliet en cite textuellement les conclusions.

Enfin M. Biervliet termine par quelques considérations sur la méthode, les sujets, les expériences et les résultats appréciables dont il constate l'utilité, et qui lui font espérer surtout une moisson nouvelle, plus riche encore.

***

Ce livre est tout à fait excellent, étant donné la conception, d'ailleurs très juste de l'auteur. Des faits très complètement exposés, des conclusions mentionnées, quelques courants dégagés, quelques critiques ici ou là, toujours judicieuses, et une heureuse absence de théories arbitraires, plus ou moins métaphysiques sur le terrain physiologique ou psychologique. Un index rend le volume très commode pour consulter la documentation riche et précieuse.

Beaucoup d'originalité dans le livre de M. Bonnier, une très grande richesse, une abondance notable d'idées souvent très jus-

Digitized by Google

tes dans celui de M. Sergi, un effort très méritoire de M. Duprat et qui est plutôt, nous l'espérons l'origine d'un mouvement qu'il n'en est l'aboutissement, enfin une documentation très précise et de la plus grande utilité dans l'ouvrage de M. Van Biervliet, toutes qualités différentes. Partout un souci très sérieux d'instruire. Ce sont des études au courant et qui ne cesseront pas de l'être, donc indispensables à tous ceux qui veulent savoir où l'on en est des recherches psychologiques, et qui s'y intéressent, sans avoir toujours les moyens de s'y adonner eux mêmes.

Enfin on peut dire que ces quatre livres très divers donnent une très heureuse idée de la Bibliothèque et permettent de bien augurer de sa suite.

H. PIERON.

NOTES & INFORMATIONS

(*Nous prions nos collègues, les Médecins des Asiles et les Directeurs de Laboratoires, de vouloir bien nous envoyer leurs rapports et tous documents susceptibles d'être analysés*).

Action déshydratante de l'alcool. — M. Valentino a fait sur ce sujet des expériences qu'il relate dans la *Revue de Médecine*, (Janvier 1902).

« L'action déshydratante de l'alcool, bien établie chimiquement et de longue date est de notion plutôt récente dans l'étiologie des accidents alcooliques aigus. C'est R. Dubois qui la met en relief, en se basant sur des expériences personnelles assez concluantes; il montre qu'un fruit, une plante, un animal, un corps quelconque renfermant de l'eau se déshydrate quand on le place dans une atmosphère close et surchargée d'alcool. L'orange se ride, la plante grasse s'aplatit, la grenouille se sèche; en variant un peu l'expérience, on voit sur la cornée d'un chien mis en observation, l'humeur aqueuse transsuder avec une grande facilité, la cornée du chien étant séparée de l'humeur aqueuse par une seule couche de cellules...

» L'alcool est un poison convulsivant doué en outre d'une propriété déshydratante énergique. L'ivresse est fonction du pouvoir toxique; et le coma fonction de la propriété déshydratante.

» L'action toxique est d'autant plus longue à se manifester que l'alcool est plus anhydre, parce que l'isotonie est plus longue à s'établir entre l'alcool et les plasmas, ce qui retarde son absorption par les tissus.

» Dans les boissons alcooliques hydratées — le vin, par exemple, — c'est l'attribut toxique qui agit. Or ce pouvoir toxique est très variable suivant les vins, la quantité d'alcool et les produits secondaires caractéristiques de chaque espèce, variant dans des proportions très considérables. C'est pourquoi, en dehors des susceptibilités individuelles des buveurs, les vins rouges et les vins

Digitized by Google

blancs ont des résultats très différemment capiteux. Le fait est de notion courante.

» Au contraire, dans les boissons alcooliques anhydres (eaux-de-vie, liqueurs, etc.), c'est l'action déshydratante qui agit au maximum. La quantité d'alcool et les produits secondaires y sont en proportions variables, mais toujours l'alcool y domine et à un titre des plus élevés.

» Les coefficients toxiques des différentes liqueurs étant déterminés, en dehors de toute expérimentation par le calcul :

Kirsch.....	1 litre doit tuer	64 k. 603
Cognac vrai....	—	65 k. 005
Eau-de-vie de cidre.....	—	65 k. 115
Alcool mauvais goût de tête.....	—	66 k. 753
Marc de Beaune.....	—	68 k. 079
Eau-de-vie de prunes de Lorraine	—	68 k. 198

» Dans les vins, l'alcool est hydraté ; rien n'entrave l'action des toxiques sur les protoplasmas ; nous l'avons bien établi ; pour les liqueurs, l'alcool anhydre constitue dans l'organisme — durant tout le temps qu'il s'hydrate — une barrière autour des parenchymes. L'absorption des toxiques est à peu près nulle ; l'action déshydratante se manifeste seule, particulièrement redoutable d'ailleurs et capable, si elle est suffisamment longue, de provoquer un coma dont il est difficile de triompher.

» Si, pratiquement, pour l'ingestion de petites doses d'alcool pur, l'action déshydratante passe inperçue, elle n'en existe pas moins (hypersécrétions, etc.) et c'est un méfait à ajouter encore aux méfaits de l'alcool.

» Il faut donc rejeter cette croyance populaire par laquelle il n'y a pas de différence à boire l'alcool avec ou sans eau, sous prétexte que dans les deux cas la quantité d'alcool ingéré est identique. Il est infiniment plus dangereux de boire l'alcool anhydre. »

Tuberculose intestinale chez les aliénés. — M. Landouzy présente à l'Académie de Médecine un travail de MM. Anglade et Chocreaux, médecins de l'Asile d'aliénés de l'Orne sur la tuberculose intestinale dans ses rapports avec la mortalité tuberculeuse qui est, d'après le professeur Brouardel, trois fois plus considérable chez les aliénés des asiles que dans la population globale.

» Les raisons de cette polyléthalité paraissent devoir être cherchées ailleurs que dans les conditions d'hygiène hospitalière faites aux aliénés et dans leur nourriture.

» La forme que revêt la tuberculose chez les aliénés est surtout la forme intestinale : pour pénétrer chez les aliénés comme chez le commun des hommes par la respiration, la bacillose n'en prend pas moins chez eux si rapidement l'expression symptômatique intestinale que la maladie ne se révèle pour ainsi dire pas pulmonairement, le malade toussant peu, expectorant encore moins.

» Si l'expectoration est rare, la diarrhée est la règle, et cette diarrhée paraît bien résulter de la localisation intestinale ulcéreuse de la tuberculose trouvée à l'autopsie.

» Les selles se chargent de bacilles venus des ulcérations intestinales, comme les crachats, dans la phtisie ordinaire, évacuent

Digitized by Google

les bacilles provenant de tuberculoses pulmonaires ; chez les aliénés, il s'évacue incomparablement plus de bacilles par les selles qu'il ne peut s'en rendre par les crachats, nombre d'aliénés ne crachant pas.

» Quelques-uns des malades souillant leur lit jusqu'à huit, dix et douze fois par jour, non seulement le linge bacillifère, passant de mains en mains, devient autant d'occasions de contamination, mais encore, jusqu'à ces derniers temps, allait au lavage des buanderies sans être désinfecté,

« L'expectoration manquant aux aliénés tuberculeux pulmonaires, on conçoit comment ils s'auto-inoculent la tuberculose intestinale, et comment la contagion peut se propager par l'expectoration intestinale, pour ainsi parler, comme elle se fait ailleurs par les crachats au voisinage des tuberculeux sains d'esprits qui contrairement eux enfants et à certains aliénés, savent et peuvent cracher. »

Hallucinations de l'ouïe et lésions du lobe temporal. — MM. les Drs Chardon, médecin en chef, et Dide, médecin-adjoint, de l'Asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), rapportent dans leur rapport médical pour l'année 1900, le cas suivant :

« Un de nos malades, extrêmement halluciné de l'ouïe, était depuis trois ans à l'asile; il était fort agile et avait réussi deux fois à s'évader ; il fit un ictus et mourut trois jours après. On trouva l'existence, dans l'hémisphère gauche, d'un ramollissement rouge tout récent siégeant au niveau de la deuxième pariétale, intéressant exactement le lobule du pli courbe (lobule marginal de Charpy) et un autre profondément situé dans la tête du noyau caudé. Mais, fait plus intéressant, il existait un foyer fort ancien, déjà blanc, ayant détruit les deux tiers antérieurs des trois premières temporales gauches. On connaît la localisation de l'audition, en général localisée au 1/3 postérieur des deux premières temporales gauches (Nothnagel, Netter, Seppili, Girodeau, Mills) et de la surdité verbale limitée au 1/3 supérieur postérieur de la première temporale gauche. Ces centres sont, pour ainsi dire, considérés comme schématiquement respectés et notre homme entendait fort bien, n'avait point de surdité verbale ; peut-être, cependant, peut-on supposer que le voisinage de la lésion avait quelque peu adultéré le fonctionnement du centre auditif et que les hallucinations pourraient peut-être avoir là leur explication. »

Entérite chronique dans les asiles. Des mêmes auteurs : « L'entérite chronique, pendant les mois d'été nous semble être une affection autrement grave et il y aurait lieu de faire des recherches sérieuses pour déterminer les causes de cette affection qui tue presque tous ceux qu'elle touche ; la thérapeutique n'a aucune prise sur ces manifestations et nous sommes fermement décidés, aussitôt que nous en aurons le moyen, de pousser des recherches dans ce sens. Cette affection, à peine mentionnée dans les livres classiques est, certainement, beaucoup plus fréquente dans les asiles que dans tout autre milieu ; elle frappe plus souvent les hommes que les femmes et souvent dans la force de l'âge ; la diarrhée est abondante, les

Digitized by Google

matières sont très colorées et des coliques extrêmement douloureuses accompagnent l'émission des matières qui, dans d'autres cas, s'éliminent pour ainsi dire inconsciemment; la température est normale ou hyponormale ; la cachexie se produit, et la terminaison habituelle est la mort. Dans un cas de cette nature, les matières émises avaient pris une teinte verte comparable à l'herbe. Mais bientôt, nous pûmes constater un enduit vert de même nature dans la bouche.

Avec l'aide de M. le professeur Bodin, nous avons pu isoler dans ce cas un bacille qui, en culture sur gélatine, donne une belle teinte fluorescente, ce bacille est voisin du putridu fluorescens, sans être cependant identique. Nous ne le pensons pas pathogène, car il n'a pas produit d'accident en injection intrapéritonale et sous-entanée chez le cobaye, ce semble être seulement un chromogène. »

Recherche du signe d'Argyl Robertson. — MM. R. Cestan et Dupuy-Dutemps ont indiqué, dans une Revue générale sur « le signe pupillaire d'Argyl Robertson » (*Gazette des Hôpitaux* 1901, n° 149, 1434-1435), la technique suivante :

« Le malade est assis à côté d'une forte lampe à gaz; l'œil qu'on examine est dirigé vers la source lumineuse et doit conserver la même direction pendant toute la durée de l'exploration ; l'autre œil est couvert. L'observateur appuie contre le rebord orbitaire sa main, munie d'une forte lentille convergente, tenue entre le pouce et l'index de telle sorte que par un très léger mouvement il peut instantanément soit placer l'œil dans l'ombre en interposant entre lui et la lumière sa main comme un écran, soit l'éclairer très vivement en faisant tomber sur lui, à l'aide de la lentille, en pleine pupille et avec une grande précision un faisceau lumineux intense.

« La distance de la main-écran à l'œil est trop faible (2 à 3 centim.) pour que la vision distincte puisse exister et pour provoquer le réflexe accommodateur. D'ailleurs, la lentille, lorsqu'elle éclaire l'œil, étant placée à la même distance, la cause d'erreur, due à la mise en jeu de l'accommodation, est écartée.

« L'éclairage très intense, ainsi obtenu, a le double avantage de provoquer un réflexe très vif et de permettre d'observer de près et très exactement le moindre mouvement de l'iris.

« Ce moyen d'investigation, exact et rigoureux, en même temps que très simple, nous a permis d'observer souvent l'existence très *évidente* d'un réflexe pupillaire dans les cas où il paraissait aboli *avec les procédés usuels* (lumière du jour, écran formé par la main devant une lumière). »

Désinfection et blanchiment du linge des malades. — La *Vie scientifique* n° (du 4 janvier 1902) décrit l'appareil employé à l'Hôpital Pasteur à Paris pour désinfecter et blanchir le linge des malades.

« Cet appareil se compose de deux cuves cylindriques pleines de solution de savon ou de carbonate de soude, d'une essoreuse, d'une lessiveuse-désinfectueuse et d'un petit moteur.

« La lessiveuse-désinfectueuse est l'organe principal. Elle se com-

Digitized by Google

pose de deux cylindres à axe horizontal, concentriques, et laissant entre eux un certain espace ; le cylindre intérieur est percé de trous de 30 millimètres de diamètre. On y introduit le linge, puis, pendant que le cylindre tourne autour de son axe alternativement dans un sens et dans l'autre, grâce à un déclanchement d'excentrique, un jeu de tuyaux amène à volonté sur le linge, l'eau chaude, l'eau froide, la lessive, ou de la vapeur sous pression à haute température qui poursuit et détruit le microbe jusque dans ses moindres repaires. A la température de 120°, on peut considérer qu'il n'est germe ni bacille qui n'ait été annihilé. Finalement, on fait deux rinçages, un à l'eau chaude, l'autre à l'eau froide, on retire le linge, on l'essore, puis on le sèche à l'étuve.

« L'opération est très rapide. Pour un hôpital déjà important une équipe de trois femmes et un homme suffit amplement à faire toute la besogne. A la maison départementale de Nanterre où fonctionne une blanchisserie de ce genre, 2.000 kilogrammes de linge sont lavés chaque jour de cette façon sans que l'on s'aperçoive de cette grosse besogne et surtout sans transport dans l'établissement et au dehors du linge sali et répandant de fâcheuses odeurs.

« Il faut si peu de place pour installer ce matériel qu'un grand chemisier de la place Vendôme, d'après ce que l'on nous rapporte, a pu créer une blanchisserie dans son magasin, en plein Paris, sans que personne s'en soit, en quelque sorte, aperçu. La *Vie scientifique* donnera prochainement une description détaillée de cette curieuse installation : nous ne faisons que la rappeler ici. »

L'Alcoolisme et les Médecins. — M. le Dr Jacquet, médecin des hôpitaux de Paris, a indiqué, au cours d'une conférence publique sur l'alcoolisme, reproduite par la *Tribune médicale* n° (du 11 décembre 1901) la part de responsabilité des médecins dans les habitudes d'intoxication :

« L'élite des médecins, ceux des hôpitaux, a un fort *meâ culpâ* à dire ; qu'on en juge par cette statistique des dépenses faites en rhum et en eaux-de-vie dans les hôpitaux de Paris.

« En 1896, le rhum a été consommé pour 89,374 fr.

« En 1896, l'eau-de-vie a été consommée pour 134,283 fr.

« En 1900, la consommation du rhum a été de 128,742 fr., et celle de l'eau-de-vie de 217,000 fr.

« Quelle est la raison de ces erreurs ? C'est que le progrès est lent et que chaque engouement, pour un traitement, a à sa base des observations trop hâtives ; plus tard, les choses se tassent, se mettent à leur plan ; c'est ce qui a lieu maintenant ; on a trop oublié que les résultats rapides en observation d'alcoolisme sont contredits par les résultats éloignés. Les médecins, en particulier, ont subi l'influence de ces fausses doctrines, et le médecin de campagne s'est bien souvent alcoolisé ; autrefois, les médecins étaient les premiers à donner l'exemple de la bonne chère ; aujourd'hui les banquets de médecins sont moins aimés des restaurateurs dont on ne boit plus les vins, dits fins. L'effort médical doit être grand pour dégager la responsabilité que les médecins ont encouru sur

Digitized by Google

la question de l'alcoolisme, et les efforts d'un petit nombre ne sont pas suffisants pour racheter les erreurs de la masse. »

Nouveau cas de méricysme. — Le mérycisme est-il une maladie de l'appareil digestif? Reconnaît-il plutôt comme origine une perturbation fonctionnelle des centres bulbaires? Faut-il, comme Kœner, considérer enfin deux formes de mérycisme, l'une simple ou idiopathique, l'autre symptomatique et liée à des troubles dyspeptiques ?

M. Gilbert Petit, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Sarthe, a publié dans les *Archives médicales d'Angers*, un cas de mérycisme dont voici, résumée, l'observation.

X... employé de commerce, âgé de 30 ans, supporte un lourd fardeau d'antécédents héréditaires.

1° Côté paternel. — Père syphilitique, mort tabétique à 62 ans. — De trois oncles, l'un s'est suicidé, le second, débile et impulsif, a eu dans l'enfance des convulsions suivies de paralysie infantile de la jambe droite. Le troisième est sain, mais son fils a présenté pendant six mois de l'excitation maniaque. — Deux tantes l'une très nerveuse, avec perversion du sens du toucher, l'autre normale, mais ayant perdu de méningite un fils de 12 ans. Le grand-père mort d'hémorrhagie cérébrale à 70 ans avait un frère aliéné.

2° Côté maternel. — Mère morte à 56 ans d'affection cardiaque, très arthritique. Il existe un homme qui a toujours été bizarre et passe pour toqué, une tante hystérique, une grand'mère restée deux ans hémiplégique droite et aphasique.

3° Quant à X... lui-même, né en état de mort apparente, puis chétif, débile, très souvent malade, il était d'une intelligence peu vive. Timide, solitaire, masturbateur enragé, onychophage, il n'apprenait guère, et passait son temps à tourmenter les animaux.

En 1898, à la suite d'excès vénériens, il est pris d'un accès d'excitation maniaque qui le mène à l'asile du Mans, et c'est à ce propos qu'il fut examiné par le docteur Petit.

L'accès d'excitation une fois calmé, M. Petit remarqua par hasard qu'après tous ses repas, X... avait des mouvements de mastication et de déglutition. Il apprit que ses mouvements n'étaient pas automatiques, mais que X... mâchait et avalait bien réellement les aliments qui remontaient de l'estomac dans la bouche. Il s'agissait donc d'un mérycole ne présentant, quant à son état spécial rien de particulier, et conforme aux types décrits par Bourneville et Bricon, Percy, Schnitzler, Graziani, etc,

Selon X..., ce phénomène aurait toujours existé chez lui, et il s'étonne même qu'on lui en parle. Jamais l'idée de s'en plaindre ne lui est venue, car loin d'y trouver une gêne, il y prend au contraire un plaisir manifeste. Il choisit, d'ailleurs, et ne fait remonter que les seuls aliments qui lui plaisent.

La rumination commence 15 à 20 minutes après le repas et dure environ 1 heure. Elle s'annonce par une sensation de pesanteur épigastrique, accompagnée de quelques éructations. X... penche alors un peu la tête en avant, tend le cou, contracte légèrement

Digitized by Google

son diaphragme et ses muscles abdominaux, et la première gorgée remonte sans aucune douleur.

Le mérycisme n'a lieu, chez lui, qu'à l'état de santé. Il a été supprimé pendant toute la durée de l'accès d'excitation maniaque. Enfin X... souffre quand il ne peut satisfaire à temps son étrange besoin (TRENAUNAY).

Tuberculose et folie. — Le *Rapport sur le Sanatorium cantonal de Friedmatt* de 1900 a apporté les documents suivants :

« La tuberculose se rencontre-t-elle d'une manière particulièrement fréquente chez les aliénés? De ces deux maladies quelle est celle qui évoque l'autre? A la première question, les statistiques de Friedmatt permettent de répondre nettement : oui. Pour ce qui est de la seconde, les mêmes statistiques montrent que dans la moitié des cas, l'aliénation précède la tuberculose; dans un petit nombre de cas, la psychose débute fort peu de temps, 1 à 6 mois, avant la mort. Enfin ce rapport se termine par ces conclusions : 1° Il meurt trois fois et demi plus d'aliénés que de gens sains d'esprit par la tuberculose; 2° la mortalité moyenne, due à la phtisie, dans les quatre établissements de Friedmatt, Waldau, Burgholgli et Kœnigsfelden représente 2,4 0/0 de la mortalité totale, c'est-à-dire est moitié moindre que celle qu'indiquait Hagen en 1876; 3° il meurt par la phtisie plus d'aliénées que d'aliénés; 4° les phtisiques meurent plus vieux dans les sanatoriums qu'en dehors des établissements (*Le Progrès Médical*, 1901, n° 50, p. 470).

Assistance des Epileptiques. — M. Bourneville déclare dans le *Progrès Médical* « qu'en raison du triste spectacle donné par les épileptiques en accès, sur la voie publique, spectacle qui n'est pas sans inconvénient pour les enfants et les femmes enceintes qui en sont témoin, — la difficulté, sinon l'impossibilité, pour eux, de trouver un travail suivi, leurs accès les faisant renvoyer des ateliers où ils ont pu trouver momentanément de l'occupation, il est indispensable de les hospitaliser. Cette hospitalisation ne doit pas être absolue et nous continuons à penser qu'en cas de rémisssion, surtout s'ils ont des parents pouvant les recevoir, il faut les leur rendre en atténuant les charges par un secours à domicile. Ils devraient avoir facilement, sans perte de temps, sans démarches inutiles, sans difficulté, les médicaments, les bains et les douches jugés nécessaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les maisons de secours. La réadmission, en cas de rechute, devrait se faire directement dans les quartiers d'épileptiques par placement volontaire.

En combinant ces deux modes d'assistance, hospitalisation, assistance dans la famille avec secours en argent; délivrance des médicaments, on diminuerait l'encombrement des asiles, on maintiendrait les liens familiaux, on diminuerait les charges des contribuables et il serait possible d'assister un plus grand nombre de malheureux.

Les Infirmières dans les services d'hommes aliénés. — La *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance* s'est

Digitized by Google

récemment préoccupée de l'emploi des femmes dans les quartiers masculins des asiles. M. le Dr Toulouse a résumé ainsi, au cours de la discussion qui a été publiée dans la *Revue philanthropique* du 10 décembre 1901, son opinion sur cette question délicate

« Dans un voyage que j'ai fait avec les membres d'une Commission du Conseil général de la Seine en Ecosse, j'ai vu, dans certains asiles d'Ecosse, des femmes employées dans des asiles d'aliénés ; et voici comment on concevait là-bas l'introduction des femmes dans les services d'hommes. C'était d'abord dans des quartiers d'infirmerie, c'est-à-dire dans des quartiers où se trouvaient des malades alités, soit pour des maladies ordinaires, soit parce que c'étaient des personnes affaiblies, ou parce que c'étaient des gâteux ou des déments. Généralement, il y avait là ce qu'on appelait des ménages ; c'était le mari et la femme, et je dois dire que les femmes que j'y ai vues étaient déjà d'un certain âge.

« Par conséquent, au point de vue de cette question très délicate des rapports à craindre entre les hommes et les femmes, il semblait qu'on avait pris toutes les précautions possibles, d'abord en n'introduisant les femmes que dans certains quartiers où l'état mental et l'état physique des malades permettaient de supposer qu'il n'y aurait pas de trouble de la part des hommes ; puis alors, du côté du choix de l'infirmière, en ce que l'on choisissait de préférence des femmes mariées qui étaient avec leur mari dans le service.

« Pour ce qui est de savoir ce qu'il serait possible d'organiser dans nos asiles, on peut, étant donné les considérations générales qu'il est permis de tenter quand on n'a pas une expérience personnelle sur la matière, essayer de faire ce que l'on a déjà fait à l'étranger et notamment en Ecosse. Je crois qu'un essai, fait dans les conditions où il a réussi à l'étranger, réunira certainement chez nous. On pourrait donc essayer, dans certains quartiers, de placer, si c'est possible, des ménages. Comme c'est là une condition qu'il serait peut-être difficile d'établir dans un règlement, on pourrait demander tout au moins des femmes d'un âge, de préférence mariées, de préférence encore, s'il est possible, avec leur mari.

« Je ne crois pas néanmoins qu'il soit possible, comme le demande le rapprteur, de mettre dans tous les services d'hommes uniquement des femmes, et en voici la raison. C'est que les hommes aliénés ne sont pas des malades ordinaires. Il y a non seulement à les soigner, et s'il n'y avait que des soins physiques à leur donner, je crois que des femmes suffiraient ; mais il y a aussi à les maîtriser. Par conséquent, j'estime que l'introduction exclusive des femmes dans les services d'aliénés hommes n'est pas d'une pratique réalisable, parce qu'il est impossible à des femmes de maîtriser des aliénés, de les placer dans des chambres d'isolement et d'avoir sur eux tout l'ascendant nécessaire. En ceci il n'est plus question de difficultés d'ordre sexuel ; mais il y a une supériorité musculaire chez l'homme et une certaine autorité qui s'attache à son sexe dans l'exercice des fonctions d'infirmier. Et cela est tellement

Digitized by Google

vrai que l'apparence robuste des infirmiers suffit généralement dans les asiles sans qu'ils aient besoin de se servir de leurs muscles. C'est ainsi que, dans les quartiers d'aliénés, nous plaçons aux agités les plus robustes , car leur aspect seul empêche qu'on ait besoin de recourir à leur force. Eh bien, il est certain qu'à ce point de vue les femmes ne pourraient pas convenir. »

La *Société d'assistance a émis le vœu « qu'on utilise dans la mesure du possible, les femmes comme infirmières et surveillantes dans les asiles d'aliénés-hommes. »*

Jubilé de Tamburini. — Le 15 décembre de l'année passée on a fêté à Reggio-Emilia en Italie, le jubilé scientifique du professeur Aug. Tamburini, directeur de l'Institut Psychiatrique de Reggio-Emilia et professeur à l'Université de Modène. Les élèves et les amis du grand psychiâtre italien ont choisi, comme motif de ce jubilé, le vingt-cinquième anniversaire de direction du remarquable recueil scientifique italien *Rivista Sperimentale di Freniatria* (1876-1901). Une fête a réuni autour de M. Tamburini cette pléïade de jeunes savants italiens, ses élèves, dont les travaux ont contribué largement à la célébrité de l'Institut Reggio, où la psychiatrie est instituée vraiment comme science, utilisant dans ses complexes investigations toutes les données des sciences expérimentales. On a remis au maître, une grande médaille d'or et un parchemin rappelant l'hommage scientifique de la jeunesse ; on remarque dans le texte de ce document la belle langue italienne de ce savant artiste qu'est Patrizzi.

Nous avons donné dans les *Revue de Psychiatrie* (1900, n° 5 et 6) un article documenté sur l'*Institut de Reggio* et sur l'activité de M. Tamburini. Rappelons aujourd'hui encore que l'activité de M. Tamburini fait déjà partie de nos données classiques ; ses travaux sur les *localisations cérébrales*, sur les *phénomènes somatiques de l'hypnotisme*, sur le *langage* sur les *hallucinations* ont fait époque et sont classés depuis bien des années comme les plus précieux documents des archives psychologiques du XIXe siècle. Toujours à la brèche, le professeur Tamburini est un des premiers qui a essayé d'appliquer la psychologie expérimentale à l'étude des maladies mentales, réclamant pour le psychiatre le droit et la nécessité d'être un savant capable d'utiliser toute documentation scientifique, ne fût-ce que pour la simple connaissance de la mentalité humaine.

Un numéro jubilaire *de la Rivista* vient de paraître et l'on remarque que les études psychologiques sont en grand honneur à Reggio-Emilia. Citons à ce sujet le fait que M. Tamburini est le premier qui a essayé l'application des mentâl tests à la médecine légale. La *Revue de Psychiatrie* s'associe à cette fête et envoie au maître italien l'expression de sa vive sympathie pour son œuvre et l'accompagne de ses vœux dans cette lutte scientifique tendant à faire de la psychiatrie une science.

Digitized by Google

Asiles de la Seine. — *Transfèrement dans les asiles des départements.* — Au cours de 1900 les transfèrements collectifs ont compris 330 malades.

« A la suite de la visite de la délégation du Conseil général dans les asiles de la région de l'Ouest, en 1899, les malades qui étaient traités à l'asile de Pontorson ont été dirigés sur l'asile d'Evreux et les directeurs des asiles de Caen et de Saint-Lô ont été invités à apporter, notamment dans les quartiers d'agitées, les modifications et améliorations reconnues nécessaires.

« Les inspections faites depuis cette époque par le chef de service des aliénés dans ces établissements ont permis de reconnaître qu'il avait été tenu compte des observations formulées. C'est ainsi notamment qu'à l'asile de Caen un quartier neuf a été récemment mis en service pour remplacer l'ancien quartier, qui a été démoli. Ce quartier neuf constitue une amélioration sensible sur l'ancien état de choses.

« A l'asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche), on édifie en ce moment dans la division des hommes un nouveau bâtiment pour les agités. Mais ce n'est pas seulement ce quartier qu'il y aurait lieu d'améliorer dans cet asile ; toute la division des hommes devrait être transformée, comme il a été fait pour la division des femmes.

« De même, à l'asile de Saint-Lô, les améliorations demandées ont été réalisées. (*Mémoire du Préfet au Conseil général de la Seine sur le service des aliénés*, 1901).

Service d'aliénés vicieux. — Le Conseil général de la Seine a voté, dans sa session de décembre 1901, une somme de 300.000 fr. pour la construction de deux pavillons d'essai pour les aliénés vicieux des deux sexes. Ces pavillons seront construits à l'asile de Villejuif.

Prix de l'Académie des sciences 1901.

Prix Lallemand. — Un prix à M. le Dr J.-Ch. Roux pour sa thèse intitulée : Les *lésions du grand sympathhique dans le lubes et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale.*

Prix du Baron Larrey. — Prix à M. le Dr Catrin pour son travail intitulé : *L'aliénation mentale dans l'armée.*

Prix de l'Académie de médecine 1901. — Les prix suivants ont été attribués pour des recherches et des travaux intéressant le système nerveux :

Prix de l'Académie, — 1.000 francs. Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.* Prix à MM. le Dr Lamy, médecin des hôpitaux, et Bruandet, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Civrieux. — 800 francs. Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.* Prix à M. le Dr Raoul Leroy, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Evreux. Mention honorable à M. le Dr L. Croustel, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Quimper.

Digitized by Google

PRIX DESPORTES. — Récompenses de 300 francs à : M. le Dr Maurice Bize, de Paris : (*Action des sérums de Roux et de Marmoreck sur les globules sanguins*) ; MM. les Drs Paul Garnier et Paul Cololian, de Paris : (*Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*).

PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE). — 300 francs à M. le Dr J.-B. Gélineau, de Paris : (*Traité des épilepsies*).

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. Prix à M. le Dr G. Dumas, de Paris : (*La tristesse et la joie dans les maladies mentales*). Mention honorable à M. le Dr F. Farnarier, de Paris : (*La psychose hallucinatoire aigue*).

* * *

Questions posées pour les prix proposés pour l'année 1902 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. Question : *Des diverses formes de la démence.*

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. Question : *De la mélancolie.*

Questions posées pour les prix proposés pour l'année 1904 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*

PRIX FABRET. — 700 francs. Question : *La neurasthénie. Pathogénie et traitement.*

Université de Paris. — Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur Joffroy fait son cours le lundi, à 2 heures et demie, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne. 1° Conférences sur l'*anatomie normale* ou *pathologique du cerveau*, ou sur la *séméiologie des maladies mentales*, les lundis et vendredis, à 2 heures, avant le cours, par MM. Mignot et Mercier ; 2° Exercices ophtalmologiques sur les malades, les mercredis, à 10 heures, par M. Schrameck.

Institut de psychologie zoologique. — Il a été fondé récemment un Institut pour l'étude expérimentale des animaux au Muséum d'histoire naturelle. Il sera possible de pratiquer des expériences à la ménagerie même. L'Institut aura des conférences et un bulletin ; il admet des membres participants (100 fr. par an), associés (25 fr.) et correspondants (10 fr.) Le Comité de patronage est composé de MM. Barrier, E. Gautier, R. de Najac, Ed. Levrier, E.-A. Ticket, Th. Ribot, Dr Ed. Toulouse. Le directeur-fondateur est M. Hachet-Souplet. Siège social : 21, rue de Lille.

Nouveaux Périodiques. *The Journal of Mental de Pathology.* — Depuis le mois de juin 1901 paraît en Amérique, à New-York, une publication mensuelle, dirigée par le Dr Lanise Robinwilik, et qui comprend, parmi ses collaborateurs, les plus éminents des psychiatres et des psychologues de tous pays. C'est une publication nettement internationale et qui promet beaucoup, si l'on en juge par les études très intéressantes publiées dans les premiers numéros.

Archives de psychologie de la Suisse romande. — Une publication plus

Digitized by Google

récente encore est celle de MM. Flournoy et Claparède qui parait à Genève.

La périodicité n'en est pas déterminée, et il n'en a paru encore qu'un numéro qui contient des études qui font attendre, avec espoir d'y trouver des choses aussi intéressantes, le deuxième numéro.

Personnel des asiles d'Aliénés. *Mouvement de Décembre 1901.* — M. le Dr Bonnet, médecin en chef à l'Asile de Saint-Robert (Isère), promu à la 2e classe du cadre.

M. le Dr Chevalier-Lavaure, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Auch, promu à la 2e classe du cadre.

M. le Dr Marchand (concours de Paris), nommé médecin-adjoint à l'Asile d'aliénées de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le Dr Maupaté, nommé directeur-médecin à l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne).

M. le Dr Malfilatre, directeur-médecin à Saint-Lizier (Ariège), promu à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Magnau, médecin en chef de l'Asile clinique (Ste-Anne), membre de l'Académie de médecine, a été promu officier de la Légion d'honneur,

---

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales médico-psychologiques (1901, nov.-déc., XIV, n° 3).

Pierre Gannouchkine, la Volupté, la Cruauté et la Religion, 353-375. — **Viallon**, Suicide et Folie (*suite*), 376-386. — **Maupaté**, du Langage chez les Idiots, 387-404. — **S. Garnier**, de la Protection de la Fortune des malades dans les Etablissements d'aliénés, 405-429. — **A. Vigouroux**, Etat mental des aphasiques sensoriels, Com. Soc. méd. psychol., 445-462.

Archives d'Anthropologie criminelle (1901, 15 nov., XVI, n° 96).

Paul Garnier, la Criminalité juvénile; Etiologie du Meurtre, 576-587. — **Enrico Ferri**, la Symbiose du crime, 587-592.

Archives de Neurologie (1901, déc., XII, n° 72).

A. Cullerre, Délire aigu et urémie, 449-452. — **L. Picqué**, le Pavillon de chirurgie des Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine à l'Asile Clinique, 452-462. — **Ch. Féré**, l'Influence de l'Alcool et du Tabac sur le Travail, 463-476. — **H. Cahen**, Contri-

Digitized by Google

bution à l'Etude des Stéréotypies, 476-505. — **R. Leroy,** le Mutisme hystérique dans l'histoire, 506-515.

Archives générales de Médecine (1901, déc.).

Mayet, Etudes sur les Statistiques de l'Alcoolisme ; Alcoolisme et Aliénation mentale, 667-703.

Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris (1901, déc., XLVI).

Raymond et **Dieulafoy,** Discussion sur l'Epilepsie jacksonienne et les Localisations cérébrales, n° 39, 630-636 ; n° 40, 654-660 ; n° 41, 665-666.

Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1901, déc., XVIII).

Vidal, Astasie-Abasie chez un Vieillard de soixante-huit ans, n° 34, 1224-1225. — **P. Marie,** Deux cas d'Astasie-Abasie à début senile, n° 34, 1225-1226. — **Chauffard** et **Bathery,** Un cas d'Aphasie motrice due à un Ramollissement exactement localisé au pied de la troisième Circonvolution frontale gauche, n° 35, 1243-1246. — **Ch. Vernet,** Epilepsie partielle et Hémiplégie d'origine typhique ? ; Discussion Etiologique et Thérapeutique, n° 35, 1251-1257. — **Souques** et **Ribierre,** Idées mélancoliques et Suicide dans la Fièvre typhoïde, n° 36, 1319-1329.

Comptes-rendus de la Société de Biologie (1901, déc., LIII).

Pierre Bonnier, Recherches sur la compensation labyrinthique en ballon, n° 37, 1034-1037. — **Ch. Féré,** Note sur l'Influence de la Pilocarpine sur le Travail, n° 38, 1056-1059. — **R. Larger,** De l'Hérédité en Obstétrique, n° 39, 1089-1090. — **P. Bonnier,** des Réactions immédiates de l'Appareil de l'Ouïe sous l'influence des injections de serums inorganiques, n° 39, 1101-1104. — **Ioteyko** et **Stefanowska,** de l'Equivalent de la Loi de Ritter-Valli dans l'Anesthésie des Nerfs, n° 40, 1111-1113 ; de l'Envahissement successif par l'Anesthésie des Fibres nerveuses sensitives et motrices, n° 40, 1113-1114. — **Maurel,** Anesthésie locale produite par le Chlorhydrate d'Emétine, donné en Injections hypodermiques chez le Lapin, n° 40, 1125-1127.

Écho Médical de Lyon (1901, déc., VI).

Royet, Dysphagie douloureuse sans lésion apparente d'origine épileptique, n° 12, 355-356.

Gazette des Hôpitaux (1901, déc., LXXIV).

R. Cestan et **Dupuy-Temps,** le Signe pupillaire d'Argyl-Robertson ; sa Valeur séméiologique ; ses Relations avec la Syphilis, n° 149. — **L. Chancellay,** la Psychose polynevritique, n° 150.

Journal de Médecine de Paris (1901, déc., XIII, n° 51).

Regnard, le Traitement des Aliénés criminels, n° 50, 515-516.

Digitized by Google

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1901, déc., XIV, n° 5).

N. Vaschide et **Cl. Vurpas,** Recherches sur la Structure anatomique du Système nerveux chez un Anencéphale, 388-401. — **Lannois,** une Observation de Sein hystérique, 402-408. — **Ch. Féré,** l'Influence sur le Travail volontaire d'un Muscle de l'Activité d'autres Muscles, 432-461.

Revue de l'École d'Anthropologie (1901, déc., XI, n° 12).

E. Rabaud, le Déterminisme expérimental et l'Individualité du Germe, 377-394.

Revue de Médecine (1901, déc., XXI, n° 12).

V. Galippe, Etude sur l'Hérédité des Anomalies des Maxillaires et des Dents, Hérédité similaire, Hérédité dissemblable, 1027-1058. — **Chavigny,** Traumatismes, articulaires et Troubles de la Sensibilité, 1063-1069.

Revue Neurologique (1901, déc., IX, n° 23).

Chataloff, Classification des Maladies nerveuses, 1146-1151. — **Laignel-Lavastine,** Audition colorée familiale, 1152-1162; Association d'Hemiplégie hystérique et de Diplégie cérébrale infantile (Société de Neurologie de Paris), 1200-1202. — **Touche,** Quatre cas d'Hémianesthésie par Hémorrhagie de la Capsule externe (Société Neurologique, Paris), 205 1207.

Revue Philosophique (1901, Déc., XXVI, n° 12).

F. Paulhan, La simulation dans le caractère, 600-625. — **G. Richard,** Travaux Psychologiques sur le droit de punir (Rev. gén.) 647-657.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie (1901, Déc., LVIII, n° 5).

F. Peipers, Consaguinitæt in der Ehre und deren Folgen für die Descendenz, 793-863. — **Kellner,** Ueber transitorische post epileptische Geistesstœrungen, 863-871. — **Ern.-Emil Moravesik,** Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralysie, 871-892. — **L. Mongeri,** Nervenkrankungen und Schwangerschaft, 892-921. — **E. Sauerbeck,** Ueber die Verkürzung der Hirnhœhlenhœrner, ihr Vorkommen und ihre Entstehung, 921-957. — **O. Kaiser,** Beitræge zur Differential diagnose der Hysterie und Katatonie, 957-970-103 Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 22 Juni 1901, 957-970.

Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie (1901, Déc., X, n° 6).

A. Diehl, Familiæres Austreten von vasomotorische trophischen Stœrungen, 401-413. — **J. Dræseke,** Centetes eucadatus, 413-432. — **Von Bechterew,** Ueber das corticale Sehcentrum, 437-439. —

Digitized by Google

S. Tschirjew, Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit, 439-457. Deucht über die Vernrandlungen der neurologischen Section der 73 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg, 439-457 (schluss). Bericht über die VII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena, am 19 und 20 October 1901, 457-469. Wissenschaftliche Versammlung der Aerzte der St-Petersburger psychiatrischen und Nervenklinik, 469-473.

ANGLETERRE

Journal of mental science (1901, Oct., XLVII, n° 199).

John Carswell, The Working of the Inebriates Act, 658-666. — **Thomas Drapes**, Phthisis and Insanity: a Study bused mainly on the Statistical Returns of Comparative Mortality in Ireland, 667-678. — **F.-W. Edridge-Green**, The Evolution of the Colour Sense, 678-679. — **Edward D. O'Neill**, The Superannuation Question; its Effect on Asylum Officials, with Suggestions, Further Legislation on the Matter, 679-687. — **William Graham**, Recent Lunacy Legislation: Retrogression or Progress, 687-702. — **A. R. Urquhardt**, On the Favourable Results of Transference of Insane Patients from on Asylum to another, 702-707. — **W. R. Dawson**, On Suprarenal Extract in the Treatment of Mental Diseases, 708-721. — **John Keay**, The Care of the Insane in Asylums during the Night, 721-729. — **Joseph Shaw Bolton**, Lantern Demonstration of Gross Lesions of the Cerebrun, 729-737. — **W. Norwood East**, Physical and Moral Insensibility in the Criminal, 737-758. — **R. R. Leeper**, Three Cases of Melancholia with Symptoms of Unusual Clinical Interest, 758-762. — **L. Harris-Liston**, Two Cases of Siphilitic Idiocy, 762-764. — **J. M. S. Wood and A. R. Urquhardt**, A Family Tree illustrative of Insanity and Suicide, 764-767. — **A. Herbert Spicer**, A Case of Spontaneous Fracture, 768-771.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1901, déc., VI, n° 25).

Pardhon et **Goldstein**, Quelques nouvelles Contributions à l'Etude des Localisations médullaires, 691-705.

ÉTATS-UNIS

The Journal of nervous and mental disease (1901, Dec., XXVIII, n° 10).

Hermon C. Gordinier, A tumor of the Superior Worm of the Cerebellum Associated with Corpora Quadrigeminal Symptoms, 543-558.

The Psychological review (1901, Dec., VIII, n° 6).

E. L. Thorndike and R. S. Woodworth, The Influence of

Digitized by Google

Improvement in One Mental Function upon the Efficiency of Other Functions: III Functions involving Attention, Observation and Discrimination, 553-565. — **E. A. Kirpatrick**, A Genetic Study of Space Perception, 565-577. — **Wilmon H. Sheldon**, A Case of Psychical Causation? 578-595. — **Elizabeth B. Potwin**, Study of Early Memories, 596-601. — **J. M. Gillette**, Discussion and Reports: The relation of Emotion to Mathematical Belief, 602-606. — **Robert Hessler**, Redreaming Dreams, 606-609.

HOLLANDE

Psychiatrische en Neurologische, Bladen (1901, Nov.-Déc., n° 6).

Van der Kolk, Pathologisch-anatomisch onderzock van den Phalamus opticus in vertund met haard vers chy uselen in cerebro, eure lydrage vit de studie der secundaire Veranderingen (n° 6, Nov.-Déc., 377-387). — **Le Rutte**, Ouderzock van J. B. beschuldiqd vanket feit strafbaar volgens Art 247 (387-396). — **Schermers**, Tenige anthropologische matlen bij krankzinnigen en niet krankzinnigen onderling vergeleken (396-456).

ITALIE

Annali di Freniatria (1901, Sept., XI, n° 3).

G. B. Pellizzi, Studi Clinici ed anatomo-patologici sull'Idiozia (continuation), 193-225. — **V. Tirelli**, Alterazioni del sangue da freddo (continuation), 225-268. — **L. Roncoroni**, L'eccibilità ellttrice dei nervi edei muscoli nei cosidi contratture di autica date resida a lesioni centrali o periferiche, 261-283.

Rivista sperimentale di Freniatria (1901, Déc., XXVII, n°s 3 et 4).

Ferrari, Influenza degli stati emotivi sulla genesi e sullo sviluppo dei deliri e di alcune psicosi, 661-690. — **Mondio**, Le condizioni mentali di tre amiotrofici, 691-722. — **Guizzetti**, Esperienze collo stafilococco piogene aureo allo scopo di riprodurre la correa reumatica, 723-758. — **Ceni**, Nuove proprietà tossiche e terapeutiche del siero di sangue degli epileptici e loro applicazioni pratiche, 761-832. — **Donaggio**, Idiozia e rigidità spastica congenita, 833-857, — **Ceni e Pastrovich**, Adattamento della cellula nervosa all'iperattività funzionale, 858-866. — **Giannelli**, Contributo allo studio della microgiria, 867-891. — **Schupfer**, Sul valore prognostico dell' atrofia dei nervi ottici nella tabe dorsale, 894-911. — **Mingazzini**, Contributo allo studio dei tumori incipienti della superficie cerebrale e del midollo spinalle, 912-945. — **Sabbatani**, Importanza del calcio che trovasi nella corteccia cerebrale, 946-956. — **Pellizzi**, Contributo alla istologia ed alla patogenesi dei tumori di tessuto nervoso, 957-991. — **Bonfigli**. Una lettera inedita di G. B. Ercolani sulla pellagra, 995-997. — **Benedikt**, Alcune questioni

Digitized by Google

fondamentali di neurofisiologia e patologia, 998-1025. — **Obici,** Influenza del lavoro intellettuale prolungato e della fatica mentale sulla respirazionne, 1026-1061. — **Vassale,** Funzione paratiroidea e funzione tiroidea, 1062-1097. — **Scappucci,** Primi esperimenti sull' abilità motrice nei sani e negli alienati, 1098-1102. — **Ceni e Pastrovich,** Ricerche sperimentali sull' etiologia autotossica del' epilessia, 1103-1104. — **Mariani,** Sulla deviazione coniugata degli occhi e della testa osservata in un paralitico durante un ragguardevole numero di attacchi épilettiformi in serie, 1104-1110. — **Levi,** Un épilettico ladro, 1110-1114. — **Marimo,** Paralisi progressiva da infortunio sul lavoro, 1114-1119. — **Borri,** Come, in tema di nullità di matrimonio per impotenza, la sola critica psicopatologica possa talvolta essere sufficiente a fornire dei criteri adeguati per la diagnosi medico-legale, 1120-1124. — **Peli,** Il segreto nei manicomio, 1125-1131. — **Ferrari,** Sopra alcuni concetti di tecnica manicomiale, 1131.

SUISSE

Archives de Psychologie de la Suisse Romande (1901, Déc., I, n° 2).

Th. Flournoy, Nouvelles observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie, 102-255.

LIVRES REÇUS

La Psychophysique, par Marcel FOUCAULT, docteur ès lettres. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine,* 7 fr. 50. (Félix Alcan, éditeur.)

Studies in the Psychology of Sex-Sexual Inversion, par Havelock ELLIS. 1901 — 1 vol. in-8°, 267 p. cartonné. Philadelphia F. A. Davis Company, Publishers.

Traité complet de l'Expertise judiciaire. Guide pratique et théorique à l'usage des experts, arbitres, magistrats, officiers ministériels et conseils en matière civile, commerciale, administrative et criminelle, avec formules, par Louis MALLARD, greffier au tribunal civil de la Seine. 1901, 1 vol. in 8°, 502 pages, broché. Prix 7 fr. 50. Marchal et Billard. Pl. Dauphine, 27.

La Migraine et son traitement, par le Dr Paul KOVALEVSKY, membre honoraire de la Société de Médecine Mentale de Belgique 1902 — 1 vol. in-8°, 200 p., broché. Prix 3 fr. 50. Paris, Vigot frères, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Digitized by Google

Anomalies du Polygone Artériel de Willis, chez les criminels, en rapport aux altérations du cerveau et du cœur, rapport du Dr Charles PARNISETTI. Médecin de la Maison Pénitentiaire. Réclusion d'Alexandrie (Italie), 1901 — 1 broch. 14 p.

Rapport, présenté au nom de la délégation nommée par la 3e Commission du Conseil général, pour visiter, en 1899, les Asiles d'aliénés de l'Ouest de la France hospitalisant des malades de la Seine, par M. le Dr A. MARIE, Médecin en chef des Asiles, au Conseil général de la Seine. 1901 — 1 broch., 37 p.

Revue de Psychiatrie. — Nouvelle série dirigée par le Dr Toulouse, de 1897 à 1901. — Prix : 40 francs.
Chaque année : prix, 10 francs.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (27-I-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA MÉMOIRE [1]

par H. PIÉRON

Préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes

La Psychologie, d'une science de mots, s'il est permis d'employer une expression aussi paradoxale, tend à devenir de plus en plus une science de chiffres, c'est-à-dire une science au sens propre du mot.

Nous avons actuellement des phénomènes psychologiques une connaissance déjà plus exacte que celle qui pouvait être fournie par des descriptions subjectives d'auteurs cherchant à se dédoubler, à assister en observateurs impartiaux et indifférents au courant plus ou moins obscur de leurs pensées les plus intimes, et à pénétrer, sans en être agités eux-mêmes les remous plus ou moins troubles qui s'y pouvaient produire sous des influences différentes dans des états d'émotion et de passion. De patientes investigations cherchent à substituer à cette réflexion intérieure nécessairement vague, d'un subjectivisme individuel sujet à caution et nécessairement aussi soumis à de multiples causes d'erreur, une observation extérieure qui permet au psychologue de se trouver lui, savant, comme tous les autres savants, en face d'une matière véritable, d'un objet qu'il cherche à pénétrer du dehors le plus profondément qu'il lui est possible, d'une façon véritablement objective, par conséquent, et sans songer que cette matière est constituée par un être analogue à lui ; préoccupé seulement d'observer scientifiquement, en éliminant toutes les causes d'erreur, et d'observer d'une façon précise et profonde. Au-dessus de l'observation et de l'expérimentation physiologique, à côté de l'observation pathologique s'est développée, avec ses principes propres, avec ses méthodes à elle, comme une science distincte, la psychologie expérimentale.

Cette science est jeune encore Elle n'est pas complètement sortie de la période, d'ailleurs féconde, des tâtonnements, qui précèdent une constitution définitive. On n'élimine pas en un jour toutes les causes d'erreurs dans un domaine aussi complexe que celui de la vie, et de la vie psychique. Bien des expérimentateurs tombent encore dans les erreurs parfois grossières, retombent dans d'anciennes erreurs. N'a-t-on pas vu récemment un auteur présenter comme ayant valeur scientifique des chiffres que lui avaient fourni les temps de réaction *sur lui-même*. Et voilà le dédoublement expérimental réalisé : il n'y aura plus qu'à jouer aux échecs avec soi-même, à se combiner des surprises et à se préparer des pièges ; ou bien on fera lutter ses mains l'une contre l'autre. Mieux valait l'observation de Cousin. Elle était vague et ses résultats ne pouvaient abuser par leur exactitude : Ici, on nous donne des chiffres précis qui peuvent en abuser. On est trop tenté de croire que lorsqu'on a des chiffres sous les yeux,

[1] A propos d'un livre récent : La Mémoire, par M. *Van Biervliet*. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale. Paris. 1902.

Digitized by Google

on est en présence de résultats scientifiques signes de foi. La science ne résiderait-elle donc que dans les chiffres, et n'y aurait-il pas lieu de se préoccuper de la matière dont ces chiffres ont été obtenus? La science n'est pas seulement constituée par des résultats; elle est aussi constituée par une méthode qui a conduit à ces résultats, et de la valeur de la méthode dépend celle des résultats. La question de la méthode est donc la question préalable capitale. Mieux vaudrait, souvent, au lieu d'accumuler des chiffres d'une façon plus ou moins quelconque, distraire un peu du temps employé à cette accumulation pour réfléchir sur les meilleures manières de procéder à l'étude des phénomènes qu'on veut soumettre à son investigation.

Cela paraît évident. Et pourtant cela a-t-il toujours été fait? Et, lorsqu'on se trouve dans la littérature psychologique, en présence des résultats obtenus, se demande-t-on toujours si la manière dont ces résultats ont été obtenus était suffisamment précise? Lorsqu'on le fait, en général, c'est lorsque ces résultats sont en contradiction avec d'autres que l'on a obtenu soi-même sur le même sujet, ou en contradiction avec des tendances de son esprit. Mais si les résultats nouveaux sont en accord avec les siens ou avec des sympathies plus ou moins cachées de son caractère, on attribue à ces nouveaux résultats une valeur indéniable, et l'on se garde bien de remonter aux sources; on craindrait de découvrir une erreur tant on est désireux d'être confirmé dans ses vues.

Eh bien! il faudrait que l'étude de la méthode employée à obtenir certains résultats fût indépendante de la considération de ces résultats eux-mêmes dont la nature peut vous influencer plus ou moins consciemment. Et cette étude est nécessaire pour classer cependant ces résultats obtenus. Car, on ne le dira jamais trop, tous les chiffres n'ont pas la même valeur, et certains même n'en ont aucune. Ceux-là doivent être rejetés au préalable par la simple considération de la méthode, indépendamment de ce qu'ils peuvent signifier. Evidemment cela nécessitera des coupes considérables dans la littérature psychologique; mais cela évitera peut-être de retomber à l'avenir dans les erreurs qui auront été signalées, si l'on en reconnaît la réalité. Et, ces coupes faites, il est probable que l'on ne se trouvera plus en présence, comme cela arrive souvent, de résultats absolument contradictoires obtenus par des expérimentateurs différents. Dans ces cas, une des séries d'expériences a été très probablement mal faite, peut-être les deux.

— C'est une étude critique de ce genre que nous voulons faire ici à propos de cette question de la mémoire, si considérable en psychologie, et dont M. Van Biervliet vient de faire une très intéressante mise au point. Malgré d'excellentes remarques de sa part, nous lui reprocherions justement d'avoir mis un peu trop sur le même plan des chiffres d'inégale valeur, et de n'avoir pas fait une critique systématique des méthodes employées dans les travaux relatifs à la mémoire.

C'est cette étude de critique systématique que nous allons tenter ici d'une façon générale, en donnant quelques exemples, pour remédier, dans une certaine mesure, à ce que nous considérons

Digitized by Google

comme une lacune. Nous étudierons quatre parties distinctes : — Le choix des sujets — Les conditions générales d'expérience et la méthode. — Les tests. — L'interprétation des résultats.

I. — Le choix des sujets

Les questions relatives au choix des sujets sont au nombre de deux : la nature des sujets et leur nombre.

1° *Nature des sujets.* — La matière des expériences psychologiques est-elle indifférente à ces expériences elles-mêmes ? Il ne le semble pas, car cette matière est très mobile, très variable, très multiple ; elle ne se présente pas comme une matière constante. Le point capital de la question est celui-ci : Y a-t-il de mauvais sujets ? Evidemment, il y a de mauvais sujets. En prenant des termes extrêmes, cela ne peut souffrir aucun doute. Peut-on essayer sur un aveugle des tests relatifs à la mémoire des couleurs ? Peut-on faire reproduire de mémoire des lignes de longueurs données à un paralytique ? Et, sans prendre des individus anormaux, essayera-t-on d'étudier la mémoire visuelle des mots chez un illettré ne sachant pas lire ? Il est donc certain que beaucoup de tests sont nécessairement inapplicables à des catégories délimitées d'êtres humains. Mais ici, comme les tests sont inapplicables en fait, il n'y a pas de danger qu'on les applique. Le cas est plus grave quand ils ne sont inapplicables qu'en droit. Car alors on peut passer outre, et on ne manque pas souvent de le faire. Supposons qu'un sujet connaisse par avance, les tests sur la mémoire qu'on lui présentera, et qu'il passe plusieurs jours à les apprendre par cœur, qu'il s'attache à les retenir pour le jour de l'expérience ; il ne sera pourtant pas impossible de lui présenter ces tests qui donneront certains résultats. Quoique possible en fait, cette expérience est illégitime en droit, et moralement impossible, et les résultats obtenus ne pourront aucunement être pris en considération. Il ne faut donc pas s'exposer à des cas de ce genre. Il faut éliminer tout sujet susceptible d'être taxé de supercheries de cette espèce. Supposons encore qu'un sujet ait intérêt, quand ce ne serait que pour faire plaisir à un maître qu'il révère, de n'avoir pas une mémoire de plus de 8 chiffres par exemple. S'il ne présente en effet qu'un mémoire de 8 chiffres au maximum, ce résultat est-il scientifiquement valable ? Cela est éminemment douteux. Il faut donc autant que possible, éliminer tous les sujets capables d'avoir ainsi des opinions, de partager les théories sur les questions en cours d'expérience. Quelle peut donc être la valeur d'études faites uniquement sur des psychologues, et surtout sur des élèves psychologues particulièrement suggestibles et influençables ? Et y a-t-il lieu de s'étonner que parfois des laboratoires différents, dont les opinions psychologiques de directeurs sont divergentes voient se confirmer par l'expérience des théories opposées ?

M. Van Biervliet a fait lui-même cette remarque : « J'avoue, dit-il que pour ma part je suis absolument hostile à l'idée d'employer comme sujets des psychologues entraînés. »

Digitized by Google

Mais il ajoute après quelques remarques à ce sujet :

« Loin de moi l'idée de contester les résultats parce que les sujets étaient des psychologues, et de vouloir affaiblir la valeur des conclusions du présent travail. »

Quel que soit le travail dont il puisse s'agir, nous devons dire que M. Van Biervliet a été trop timide : Nous refusons, pour notre part, toute valeur dogmatique à des conclusions obtenues sur des sujets de cette nature, tout en reconnaissant à ce travail la valeur d'un tâtonnement peut-être très utile, dont certaines conclusions peuvent fournir des indications fort intéressantes, mais seulement des indications. Puisque les conclusions prennent une valeur réelle, il faut une confirmation sur des sujets mieux choisis. C'est ainsi que nous paraissent entâchées d'un vice-capital les études de M. Théodate L. Smith sur la mémoire musculaire, études dont nous louerons par ailleurs la belle ordonnance pour ce qui concerne la précision des conditions d'expériences.

Il y a là un défaut fréquent des expériences psychologiques. Aussi est-il nécessaire d'y insister. Dans beaucoup de laboratoires en effet, le manque de sujets force les expérimentateurs à s'étudier les uns les autres dans un néfaste réciprocité. Nous avouons que cela peut être encore moins dangereux que l'étude que l'on pratique souvent aussi, de sujets à gages, circulant au besoin d'un laboratoire à l'autre, d'un expérimentateur à un autre.

Il y a là dans cette espèce de « racolage » des sujets, une question des plus délicates pour beaucoup de laboratoires, et une question capitale. C'est aux expérimentateurs à user d'ingéniosité à cet égard.

Ainsi donc nous réclamons que l'on ne fasse pas d'études sur les gens trop au courant des questions à étudier, trop aptes à concevoir et à soutenir des théories à leur sujet. L'écueil inverse est d'étudier des sujets à ce point inintelligents qu'ils ne comprennent pas plus ce qu'on leur demande qu'un aveugle ne pourrait retenir des couleurs.

Il y a pour un grand nombre d'expériences psychologiques, et en particulier, pour la mémoire, un minimum d'intelligence à présenter par les sujets.

A part ces catégories de sujets que nous avons éliminées est-on tout à fait libres alors dans leur choix ? Pas absolument. On est libre dans leur choix individuel, en quelque sorte, mais non dans leur juxtaposition : car on ne juxtapose des sujets que pour établir des moyennes, et on ne peut établir des moyennes que pour des sujets comparables : on ne peut sur dix sujets en prendre, dans des proportions quelconques, d'intelligence faible, moyenne ou supérieure. Il faut donc savoir au préalable si les sujets que l'on veut étudier sont à peu près comparables. C'est dire que l'on ne peut pas faire l'examen de la mémoire de certains sujets, et en général l'examen d'aucune fonction psychologique particulière sans avoir fait au préalable un examen général de chaque sujet, d'une façon au moins approximative. Or, y a-t-il un expérimentateur qui s'étant occupé de la mémoire ait fait cela ?

Digitized by Google

Nous n'en connaissons aucun ; ou du moins aucun, à notre connaissance, n'en a jamais parlé.

Nous pouvons donc conclure que, en dehors même des travaux dont les sujets étaient soit des psychologues, soit des professionnels, et entachés par là d'un vice préalable, il y a lieu de ne pas accepter sans grandes critiques les moyennes qui ont pu être données. Les mesures individuelles qu'ont prises alors les auteurs sont difficilement comparables : elles ne peuvent entrer que dans une moyenne générale, suffisamment générale par le nombre des expériences pour représenter tous les types humains. Or nous sommes encore loin de cette moyenne.

2° *Nombre de sujets.* — Pour établir une moyenne, il ne suffit pas d'avoir des sujets comparables, il faut en avoir encore un nombre suffisant. Ce nombre est-il délimitable ?

Il y a là, évidemment, une question très délicate ; on ne peut pas fixer un nombre tel qu'une unité de moins ôte tout crédit à l'expérience. Mais du moins le crédit que l'on peut accorder aux résultats doit être proportionnel à ce nombre de sujets. En règle générale, on peut dire qu'une moyenne obtenue sur une catégorie de sujets comparables ne peut avoir une réelle valeur à moins d'une vingtaine de sujets.

Les moyennes de Smith dont nous avons déjà parlé et celles de Munsterberg et Bigham sur les rapports des mémoires visuelle et auditive, ne portant toutes que sur cinq sujets doivent donc être tenues en suspicion légitime.

Il ne faudrait pas croire pourtant que, proportionnant le crédit accordé aux moyennes des auteurs, au nombre de leurs sujets comparables, en admettant toujours que ces sujets soient comparables, nous attribuions une grande valeur aux expériences collectives sur un grand nombre d'individus, car pour les expériences collectives, il y a des difficultés énormes et des causes d'erreurs multiples qui vicient au contraire toutes les expériences faites dans ces conditions (défauts sensoriels individuels, fraudes, etc.), il est nécessaire de ne faire que des expériences individuelles.

Or il est triste de constater que si l'on faisait la somme de tous les sujets soumis individuellement dans les différents pays à des expériences psychologiques sur la mémoire dans ces dix dernières années, on n'atteindrait peut-être pas un total de deux cents personnes différentes. Cela est bien peu pour tirer des conclusions générales.

II. — CONDITIONS GÉNÉRALES ET MÉTHODE

Les questions sont ici au nombre de trois : l'état du sujet — les circonstances de l'expérience — la disposition de l'expérience.

1° *Etat du sujet.* — Le grand point dans toutes ces expériences est, on le sait, de les rendre comparables. Or, deux expériences sur un même sujet seront-elles comparables si on les fait, l'une le soir, après le dîner, dans le travail de la digestion,

Digitized by Google

l'autre, le matin, au sortir du sommeil et à jeûn, ou encore l'une après une grande fatigue, l'autre dans une période de repos ?

Evidemment non, il faut autant que possible que le sujet et les différents sujets soient toujours à peu près dans le même état. Pour cela il faut choisir pour les expériences une heure fixe et éliminer tous les résultats obtenus dans des conditions anormales. Il faut prévenir les sujets toujours de la même façon et tâcher de les mettre dans un état psychique analogue.

Or les expérimentateurs négligent presque toujours de nous fournir de tels détails sur leurs expériences, alors qu'ils ont une importance capitale pour ce qui concerne la confiance à accorder à leurs résultats.

C'est pourquoi il y a lieu de féliciter vivement M. Théodate Smith d'avoir tenu grand compte dans ses expériences de cette partie de la technique. Ses expériences se faisaient toujours à la même heure et avec la plus grande exactitude possible, dans les mêmes conditions physiques, fatigue, santé, etc. Quand ces conditions pouvaient être modifiées, on en notait soigneusement les causes. C'est là une excellente méthode mais qui aurait besoin d'être généralisée.

2° *Circonstances extérieures.* — On sait que la même expérience, en chimie, réussit ou ne réussit pas, suivant que les conditions de pression ou de température sont changées. Sans aller jusqu'à prétendre qu'en biologie des variations minimes du même genre aient une énorme influence, il n'en est pas moins certain qu'elles ont une certaine influence, et les cas extrêmes le prouvent bien. Il faut donc tâcher de régulariser ces conditions dans les laboratoires de psychologie.

D'autres conditions sont encore plus importantes : elles concernent l'élimination de toutes les causes de distraction pour le sujet. Il faut un silence à peu près absolu. Dans les expériences qui ne nécessitent pas la vision, les yeux du sujet doivent être bandés, dans les expériences qui la nécessitent, le champ visuel doit être uniformément limité. La position du sujet doit être réglée et rester toujours identique, toutes précautions devant rendre comparables les diverses expériences et exigeant une certaine minutie et quelques dispositifs spéciaux, pouvant être d'ailleurs assez simples.

Beaucoup d'expérimentateurs cherchent à réaliser cette précision, particulièrement en Allemagne, mais beaucoup la négligent encore, et comme en général on se dispense de donner des renseignements sur ces dispositions, il n'est pas possible de faire la part des expériences dont la valeur est accrue et de celle dont elle est diminuée par l'observation ou la négligence de ces réquisits expérimentaux.

3° *Dispositions de l'expérience.* — Enfin il y a des conditions expérimentales portant sur chaque expérience en particulier. Si l'on présente des tests au sujet, il faut déterminer comment se fera la présentation, combien de temps elle durera, à quelle distance on placera le sujet.

Or dans toutes les expériences, sans exception, où ces conditions sont constantes, elles le sont d'une manière absolue. Le

Digitized by Google

temps, la distance restent les mêmes pour tous les sujets. C'est de la précision, dira-t-on. Non, répondrons-nous, car les expériences ne seront plus comparables. Vous mettez à la même distance celui qui est myope et celui qui est presbyte, vous faites durer la présentation le même temps pour celui qui lit lentement, par exemple, et pour celui qui lit plus vite. Si vous voulez des expériences comparables, il faut que la distance, que le temps soient réglés à l'optimum pour chaque sujet ; si vous voulez une distance fixe, corrigez la vue des sujets par des verres appropriés, mais cela est bien plus compliqué.

Il est vrai que cela nécessite d'autres expériences préalables, mais, nous l'avons déjà dit, on ne peut faire d'experience psychologique valable qui soit absolument isolée.

Tous les détails de présentation doivent être ainsi réglés soit par une constance absolue, soit surtout par une constance relative. Il faut une constance absolue dans le dispositif qui réalise la présentation du test, car si l'on se fie à des moyens quelconques, on aura des variations : on ne peut montrer un test à la main ou prononcer des mots soi-même. L'usage d'un appareil mécanique ou d'un phonographe est nécessaire.

Des appareils mécaniques de présentation, l'on en a imaginé des quantités, la plupart du temps très compliqués d'ailleurs. Mais pour les présentations auditives, on se sert encore de la voix (M. Bourdon, par exemple). Le phonographe réglé une fois pour toutes est constant dans toutes les expériences.

On dira que cela fait un matériel bien considérable ; au fond, il ne l'est pas tant qu'on pourrait le croire, et puis, on ne fait pas des expériences délicates de chimie sans des casseroles de cuisine.

Parmi les appareils de présentation visuelle, en voici un précis de M. Th. Smith, et dont nous empruntons la description résumée à M. Van Biervliet[1] :

« Un châssis automatique s'ouvre dans une planche que l'on peut incliner à volonté ; sur cette planche est fixée une tige métallique tournante ; à cette tige est attachée une pièce de carton, de dimension convenable, qui sert de volet.

La tige métallique, à laquelle est fixé le carton, tourne sous l'action d'un électro-aimant et par conséquent lève et abaisse le volet. Un ressort appuyant sur le volet régularise le mouvement ascensionnel et repousse, referme donc le châssis quand le courant a été interrompu. Voilà la pièce principale de l'appareil : un châssis qui s'ouvre régulièrement quand on ferme le circuit, et qui se referme quand on l'interrompt.

Les mouvements du volet doivent se répéter à intervalles fixes, et les intervalles doivent être mesurés. Pour obtenir ce résultat, on a installé un dispositif semblable à celui qu'on emploie pour le chronoscope de Hipp ; un mouvement d'horlogerie se trouve placé dans une chambre voisine de celle où se font les expériences ; le volet est relié par un circuit à l'horloge ; une sonnerie électrique sert d'avertisseur. L'horloge étant mise en mouvement, le signal est donné par l'avertisseur ; deux

[1] Van Biervliet, p. 148-149.

Digitized by Google

secondes après le volet se lève et demeure levé durant vingt secondes, mais après dix-huit secondes, c'est-à-dire deux secondes avant le moment où il va retomber, l'avertisseur sonne de nouveau.

Ce mécanisme et ce dispositif permettent de présenter très régulièrement et pendant des temps strictement égaux les séries de tests choisis. »

Nous croyons d'ailleurs que l'on peut avoir une précision à peu près aussi grande avec des appareils moins compliqués. Mais du moment que la précision est obtenue, c'est le grand point.

Cette précision n'est malheureusement pas la même partout et surtout elle ne s'étend jamais à toutes les conditions requises. On voit donc toutes les causes d'erreurs qui subsistent de ce chef pour les expériences relatives à la mémoire.

— Maintenant, il ne suffit pas d'avoir obtenu une précision suffisante dans la présentation expérimentale.

Pour obtenir des résultats, il faut pouvoir constater que le sujet a retenu les tests ou ce qu'il a retenu des tests.

Une question se pose alors :

Doit-on faire reconnaître ou répéter les tests ?

Or l'on est obligé de constater qu'aucun de ces deux procédés, la répétition ou la reconnaissance ne peut être universellement employé. La répétition semble le procédé véritable auquel il faille avoir recours ; mais elle implique une plus ou moins grande habileté dans beaucoup de cas : si l'on veut étudier la mémoire de longueurs ou de formes, la reproduction manuelle ne sera pas seulement sous la dépendance de la clarté de l'image remémorée, mais encore de l'adresse employée à la reproduction. On mesure trop de choses ; c'est-à-dire qu'on ne mesure plus rien du tout. Et si l'on veut étudier la mémoire des sons musicaux, la technique de reproduction n'est absolument plus possible par la généralité des sujets.

La reconnaissance offre d'autres inconvénients : d'abord, elle n'es pas immédiate, comme la reproduction : elle exige une présentation d'éléments multiples entre lesquels il faudra reconnaître ceux qui faisaient partie du test de l'expérience, et alors il faut que l'ordre d'examen soit constamment le même, et le rapprochement d'éléments distincts hâte l'évanouissement des images, amène une certaine confusion, étant donné les lois d'influence réciproque d'éléments juxtaposés. Une ligne isolée ne se présente pas comme si elle se trouvait dans un tableau de lignes, ni même encore si elle succédait à la présentation d'autres lignes de grandeurs différentes.

Etant donné ces causes d'erreurs distinctes dans les deux procédés nécessaires à la mesure de la mémoire, il est certain qu'il faut, quand on le peut, recourir à la fois à l'un et l'autre, et ne se limiter à l'un d'eux que lorsque l'autre est impossible.

Or les auteurs font très rarement cela, et ne donnent pas toujours assez d'importance à ce choix du procédé donné d'investigation, qui doit être en tout cas rendu le plus précis possible.

C'est ainsi que dans les expériences collectives la reproduction

Digitized by Google

écrite, qui exagère les difficultés manuelles, et empêchent un rigoureux contrôle, sont une cause d'erreur de plus pour les études de M. Stetson, de MM. Binet et Henri, etc.

M. Bourdon fait appel à la répétition orale, uniquement. M. Munsterberg emploie le procédé de la reproduction pour ses études sur la mémoire des couleurs et des chiffres, les textes étant formés par une combinaison de carrés de papier, que le sujet doit replacer dans leur ordre. M. Jost, MM. Müller et Schumann ne font appel aussi qu'à la répétition. La reconnaissance aurait nécessité plus de travail mais n'aurait pas été inutile.

M. Zaborsky, étudiant la mémoire de la lumière par considération d'une ombre sur un écran, fait simplement reconnaître au sujet si une ombre présentée ensuite est plus claire ou plus obscure que la première. On aurait pu demander au sujet de procéder par reproduction en lui faisant varier lui-même la distance de la source lumineuse, de la bougie, jusqu'à ce qu'il soit satisfait par l'identité de l'image obtenue avec l'image présentée, ce dernier procédé étant au fond le meilleur.

MM. Binet et Henri, étudiant la mémoire visuelle des longueurs chez les enfants, ont employé simultanément les deux procédés de reproduction de la ligne, et de reconnaissance dans un tableau ; et ils ont effectivement constaté que dans les deux cas les résultats n'étaient pas les mêmes.

Il y aurait lieu alors de prendre une moyenne des résultats obtenus par ces deux procédés.

III. — CONSTITUTION DES TESTS

Lorsqu'on veut étudier une mémoire d'une catégorie de sujets il faut choisir les termes de présentation, et en fixer un certain nombre. Beaucoup d'auteurs n'attachent pas d'importance à ce choix, et croient qu'on peut prendre des éléments au hasard ; il y a là une grave erreur.

Le choix devrait toujours être le moins arbitraire possible, et se fonder le plus souvent sur des raisons que les auteurs devraient exposer ; ce qu'ils ne font à peu près jamais.

Il y a souvent des éléments susceptibles de produire des perturbations dans les expériences, et dans les mémoires sensorielles et surtout dans les mémoires intellectuelles.

Il n'est pas indifférent, dans la mémoire des chiffres, par exemple que les nombres formés soient tels ou tels : si on rangeait les chiffres dans l'ordre 1.2.3.4. etc. si on constituait des nombres périodiques : 789789789, il est bien évident que l'on ne pourrait se servir de tests ainsi formés pour mesurer l'étendue réelle d'une mémoire. Aussi évite-t-on facilement des erreurs aussi grossières.

Mais il y a un plus grand nombre de pièges dans les mémoires des mots et des phrases, par exemple. Aussi est-il bon d'y insister, à propos de l'intéressante étude que MM. Binet et Henri ont consacrée il y a quelques années à ces mémoires des mots et des phrases. Ce n'était encore là que des tâtonnements préalables qui n'ont malheureusement pas été encore suivis en psy-

Digitized by Google

chologie d'études vraiment systématiques. Aussi les remarques que l'on peut faire ne doivent pas être considérées comme des reproches. On peut en tirer des indications pour montrer les causes d'erreurs qui restent à éliminer

1° Mémoire des mots :

— Une première condition, c'est que tous les mots présentés dans une série soient comparables au point de vue de la longueur, qu'ils aient le même nombre de syllabes. Les syllabes à «e muet» à la fin des mots sont une difficulté, car elles existent bien visuellement, mais tendent à être supprimés pour l'ouïe. Il est donc prudent de les éliminer.

Voici une série parmi celles qu'ont présentées MM. Binet et Henri. (Il est regrettable qu'ils ne les aient pas fait connaître toutes).

Jaquette — Argent — Wagon — Pupitre — Oiseau — Table — Mouton.

Or il est facile de voir que des mots comme Table et Jacquette ne sont pas comparables au point de vue de la longueur.

— Mais les mots doivent être comparables aussi au point de vue de leur nature : des séries doivent ne comporter que des adjectifs, ou des substantifs, ou des verbes, jamais de mélanges indéterminés.

— Enfin le sens est important : on ne peut juxtaposer des substantifs concrets et des substantifs abstraits ; il faut éliminer tous les mots ambigus (*Argent*, par exemple), il faut rejeter aussi tout mot qui pourrait ne pas être également compris de tous les sujets, et autant que possible, tout mot convenant davantage aux préoccupations de certains sujets que des autres.

En tout cas il est bien certain qu'on ne peut à des enfants des écoles, présenter des mots comme *Analgésie* ni même à notre avis, étant donné les inégalités intellectuelles, comme *Physiologie* et *Longitude*, mots cités par MM. Binet et Henri.

On ne doit pas non plus donner des noms propres, en vertu des mêmes règles. (Or nous rencontrons ceux de *Desmoulins*, *Madère*, etc.) Notons encore que tous les mots, dans le cas surtout de la présentation auditive, ressemblant phonétiquement trop à d'autres mots, et aussi tous les homonymes doivent être éliminés ; sans cela on peut amener des confusions difficiles à classer.

2° Mémoire des phrases.

Pour cette mémoire plus complexe encore, les causes d'erreurs sont bien plus grandes.

Comment apprécier la longueur. Au point de vue visuel, le vrai procédé serait la numération des lettres, longue et ennuyeuse, certainement sans grand intérêt au point de vue auditif. Il y a ensuite la numération des mots, mais il est bien difficile de considérer un mot d'une syllabe, parfois d'une lettre, comme équivalent à un mot de 5 ou 6 syllabes, quand il s'en trouve, même si l'on ne tient pas compte des articles élidés par exemple. Enfin il y a le groupement en membres de phrases qu'ont employés MM. Binet et Henri, mais il est très susceptible d'arbitraire. Le meilleur procédé serait peut être la numération des syllabes qu'ils n'ont pas employée.

Digitized by Google

Nous allons donner les tests de ces auteurs, et nous verrons jusqu'à quel point leur procédé de division en groupes de mots est rigoureux : Parfois ils semblent se fonder sur la longueur, parfois sur la grammaire, parfois sur le sens et la logique, mais il n'y a rien de constant.

Voici une phrase de 20 mots et 8 groupes de mots :

Le petit Emile | *a obtenu* | *de sa mère* | *un joli* | *cheval mécanique* | *en récompense* | *de sa bonne conduite* | *à l'école.* |

Ici c'est la longueur qui semble déterminer les divisions, car *un joli cheval mécanique* constitue deux groupes.

Voici une phrase de 8 groupes encore, mais de 14 mots :

Son ami | *s'amusera* | *avec lui* | *le jeudi* | *et le dimanche* | *une fois* | *son devoir* | *terminé.* |

Il y a d'ailleurs 15 mots (non compté l' *s* élidé).

11 mots — 5 groupes :

Si le cheval | *se brise* | *un mécanicien* | *le réparera* | *de suite.* |

38 mots — 17 groupes :

Imprudence d'enfants. | *Dimanche* | *plusieurs enfants* | *s'amusaient* | *à faire marcher* | *une machine à mortier* ; | *l'un d'eux,* | *Victor Anlignet,* | *eut sa main* | *gauche* | *écrasée* | *dans l'engrenage.* | *Il a reçu* | *les premiers soins* | *dans une pharmacie* | *d'où il a été porté* | *chez ses parents.* |

Le nom propre est regrettable. Pour le nombre de mots il est de 41. Enfin y a-t-il une raison qui puisse faire compter *une machine à mortier* comme un groupe, et *eut sa main* | *gauche* | comme deux. Ni le sens, ni la grammaire, ni la logique ne l'expliquent.

60 mots, 19 groupes.

Une vieille paysanne | *âgée de 61 ans,* | *la veuve Mouillet,* | *qui habitait une petite maison* | *sur la route déserte* | *des Récollets,* | *avait conduit* | *son troupeau* | *dans les champs.* |

Pendant qu'elle faisait de l'herbe pour ses animaux | *une vipère* | *cachée derrière les fagots* | *s'élança sur elle* | *et la mordit* | *à plusieurs reprises* | *au poignet.* | *La pauvre* | *femme* | *en est morte.*

Notons encore les noms propres. Le nombre des mots est exact cette fois. Mais considérons la division en groupes :

Qui habitait une petite maison	1 groupe
Pendant qu'elle faisait de l'herbe pour ses animaux	1 groupe
Cachée derrière les fagots	1 groupe

et :

La pauvre | *femme* |	2 groupes
Avait conduit | *son troupeau* |	2 groupes
Sur la route déserte | *des Récollets* |	2 groupes

Nous n'insisterons plus sur ces anomalies dans les deux derniers tests que nous nous contenterons de mettre sous les yeux du lecteur. Nos exemples auront suffi.

Digitized by Google

74 mots, 25 groupes.

Un commencement d'incendie | s'est déclaré | hier | 53 | Rue Jacob | dans l'appartement | de Madame Bequet | veuve de l'ancien conseiller d'Etat. | Le feu a pris naissance | dans le salon | par suite de l'imprudence | de Madame Bequet | qui en tenant une bougie | allumée | l'avait approchée | trop près des tentures | devant les murs. | Les pompiers | avertis à temps | ont pu éteindre | rapidement | ce commencement d'incendie, | mais des tapis persans | d'un grand prix | ont été dévorés par le feu.

86 mots, 24 groupes (Il y en a fait 27 groupes.)

Un fait bien curieux | vient de se passer | en mer : un vapeur qui porte le nom | d'Adèle, | se trouvait | il y a quelques jours | devant la côte | de Penmarch, | où les écueils sont nombreux; | ce bâtiment | ayant épuisé | sa provision | de charbon, | ne voyant aucun autre navire | capable de le remorquer | ne savait comment se tirer | de ce mavais pas; | le capitaine Bernard | s'est décidé | à chauffer | sa machine | en faisant brûler | deux canots, | les mâts de rechange | et le bois de 60 barriques de vin. |

Nous avons tenu à donner ces tests en entier. On peut voir en effet combien la précision est lointaine encore. Il faudrait tout un travail pour réduire ces tests à des formes précises. Ce travail n'a pas été fait. Et encore, ici nous pouvons juger des tests qu'on nous expose, et qui parviennent d'auteurs qui sont parmi les plus précis. Dans la plupart des cas, les auteurs se gardent de nous mettre les tests sous les yeux. Comment pouvons-nous alors juger de la confiance à accorder à leurs résultats.

IV. — INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Il ne suffit pas de faire des expériences très précises pour en tirer des chiffres significatifs. Il faut encore interpréter les résultats un peu informes qu'on obtient.

Dans tous les cas où l'on peut éviter le calcul des erreurs, en cherchant par exemple le maximum de mémoire correcte pour une expérience déterminée, l'interprétation est facile. On peut comparer les sujets qui retiennent correctement 8 chiffres et d'autres qui en retiennent 6 ou qui en retiennent 10; c'est, en effet, le procédé presque toujours employé. Mais cela nécessite d'abord une série de tests constitués et ne peut servir quand on n'en veut employer qu'un seul. Et surtout il y a bien des expériences pour lesquelles un tel procédé est impossible : quand on étudie, par exemple, la mémoire visuelle des longueurs, les sujets faisant toujours des erreurs, on en est bien réduit à mesurer ces erreurs.

Dans tous les cas, on se trouve donc en présence d'erreurs pouvant se mesurer en chiffres, semble-t-il : centimètres en plus ou en moins dans la mémoire des lignes — nombres des mots omis, dans la mémoire des mots, etc.

Digitized by Google

Mais ces chiffres ont-ils une valeur absolue. — Trop d'auteurs la leur attribuent. — Or il ne faut pas oublier que l'on ne peut jamais mesurer que des rapports, que les mesures sont toujours relatives — M. Binet l'a compris pour la mémoire des longueurs : les erreurs doivent se mesurer en rapport avec la longueur présentée. Une erreur de 4 centimètres sur une ligne de 20 n'est pas équivalente à une erreur égale sur une ligne de 40. On doit mesurer $\frac{4}{20}$ et $\frac{4}{40}$, c'est-àdire, respectivement, 0,5 et 0,10. Une erreur de $\frac{4}{20}$ est équi alente à une erreur de $\frac{8}{40} = 0,5$.

Cette méthode, qui est excellente et nécessaire, car des chiffres en valeur absolue sont en fait dépourvus de toute espèce de valeur, n'est jamais employée. Or il faut s'en servir dans tous les calculs d'erreurs.

D'ailleurs, MM. Binet et Henri sont tombés parfois aussi dans de graves erreurs pour avoir négligé l'importance des rapports. Citons à cet égard le passage où M. Van Biervliet les en reprend :

« MM. Binet et Henri ayant à mesurer la puissance de la mémoire des mots chez deux sujets dont le premier sur 100 tests en oublie un et le deuxième 10, estimeront que la mémoire du premier vaut dix fois celle du second. Je crois que pour mesurer la puissance de la mémoire de fixation il faut considérer non ce qu'elle oublie mais ce qu'elle retient.

La mémoire parfaite est celle qui retient autant de termes qu'il lui en a été présenté. La généralité des homme possède une mémoire parfaite pour les séries très courtes, de trois mots par exemple. On fixe autant de termes qu'on en a aperçu, soit $\frac{3}{3}$. A mesure que les séries de tests augmentent, la fraction s'écarte de plus en plus de l'unité. Mais ce qui réprésente, d'après moi, la puissance, l'intensité de la mémoire de fixation, c'est l'importance relative du numérateur.

Pour en revenir à l'exemple précédent, le premier sujet oubliant un mot sur cent a une puissance à retenir égale à $\frac{99}{100}$, tandis que chez le second qui en oublie 10, la fraction tombe à $\frac{90}{100}$ ou, si vous voulez, la mémoire du premier est à celle du second comme 99 est à 90, supérieure de $\frac{1}{10}$, et non pas dix fois supérieure.

MM. Binet et Henri, comparant les erreurs commises dans la fixation de 8 groupes de mots et de 7 mots isolés (il en eût fallu 8, mais on n'a pas fait apprendre de séries de 8 mots) trouvent que les élèves de la première classe n'ont commis dans le premier exercice que $\frac{1}{80}$ d'oublis et dans le second $\frac{20}{70}$, d'où ils concluent, pour employer une mesure approximative, qu'ils oublient 25 fois plus de mots. Je dirais : dans le premier exercice, la somme des mots fixés a été de $\frac{79}{80}$, dans le deuxième $\frac{50}{70}$, j'en conclus que la mémoire des phrases vaut en chiffre rond une fois et demie celle des mots isolés[1]. »

Maintenant, il y a des cas encore plus complexes, où les erreurs ne se présentent même pas d'elles-mêmes en chiffres absolus, et où il faut vraiment interpréter.

Prenons, un exemple, sans aller même jusqu'à la complexité de la mémoire des phrases, où la division arbitraire en groupes

[1] *Van Biervliet.* — La Mémoire, p. 126.

Digitized by Google

ne permet rien de précis : la mémoire des mots qu'ont étudiée MM. Binet et Henri et M. Bourdon.

Les erreurs peuvent rentrer dans différentes classes : la plus simple est l'omission. Ensuite vient l'interversion d'ordre, l'altération des mots, la substitution, l'addition enfin.

Si je présente 5 mots, A H L O S., on peut ne donner que 4 mots, A H L S, ou toute autre série. Ou bien on peut donner des interversions d'ordre, simples, A H L *S O*, ou éloignées, A *S* L O *H*.

On peut donner des altérations : A H *L'* O S.

Il peut y avoir encore des substitutions : A H *T* O S.

Enfin il y a parfois des additions : A H *D* L O S.

En fait, les additions sont très rares, mais elles se produisent parfois et doivent donc être prévues.

Or tous les auteurs n'en considèrent pas un si grand nombre : l'altération, la substitution et l'omission paraissent suffire à MM. Binet et Henri. M. Bourdon signale bien l'omission, l'altération, l'interversion, la substitution et l'addition, mais il ne parait pas y attacher grande importance.

En tout cas, aucun auteur ne se donne la peine de transformer ces nombreuses et vagues erreurs, qui ne peuvent par elles-mêmes classer des individus susceptibles d'en présenter d'hétérogènes en des chiffres comparables. Comment comparerai-je la mémoire de quelqu'un qui me donne pour la série A H L O S, A *S* L O *H*, avec celle de celui qui me donne A H *L'* O S, en A H *T* O S.

Il faut donner des coefficients à ces diverses erreurs, et qui ne soient pas trop arbitraires. Mais cela reste encore à faire. Or, c'est un procédé nécessaire pour comparer et classer les individus. Nous n'en sommes donc pas encore là.

Enfin, dans l'établissement des moyennes, il ne faut pas oublier, nous en avons déjà parlé précédemment, que les objets doivent être comparables, ne pas présenter des types hétérogènes, et surtout que leur nombre soit suffisant pour que la moyenne ne présente pas une apparence de mesure, sans valeur réelle : on ne fait pas la moyenne de deux mesures.

M. Biervliet a signalé à cet égard le peu de valeur des moyennes de M. Schirnhofer, qui fait une moyenne de 8 résultats dont le plus élevé est 5,5, et le plus faible 3,7 ; dans un autre cas, la variation de la moyenne atteint 1/5 de cette moyenne même. Voici un petit nombre de résultats, insuffisamment homogènes ; quelle valeur peut avoir une moyenne obtenue dans de telles conditions ?

Conclusion

Nous n'avons pas donné dans cette revue critique d'analyse des travaux que nous avons examinés. Elle se trouverait dans le livre de M. Biervliet lui-même, Nous nous sommes contentés d'envisager les différents problèmes soulevés par ces études, et la valeur des solutions qui ont pu en être données.

Aussi, pour ne pas nous répéter, n'avons-nous pas critiqué chaque travail l'un après l'autre ; mais nous avons pris l'une après l'autre chaque question, en faisant des critiques générales sur les lacunes et les erreurs qui se rencontrent un peu partout,

Digitized by Google

et nous avons localisé quelques critiques sur des travaux pris à part.

En fin de compte, l'on peut voir qu'il y a trop peu de souci de méthodes. Les auteurs, très souvent, insistent beaucoup plus sur les résultats que sur l'ensemble des moyens qui ont permis de les obtenir alors que, nous avons insisté sur ce point, les résultats n'ont pas de valeur intrinsèque, indépendante des méthodes ; elles empruntent un plus ou moins grand degré de précision à la précision même des méthodes. Il faudrait attribuer à chaque étude, un coefficient méthodologique de valeur et de confiance. Pour cela, il faut que les auteurs nous renseignent très exactement sur leurs sujets, les conditions d'expérience, la méthode, les tests employés et leur façon d'utiliser les résultats obtenus. Dans la mesure où nous avons pu juger de ces diverses conditions de précision, nous avons vu qu'aucun travail, il s'en fallait même de beaucoup, ne pouvait présenter à cet égard un ensemble satisfaisant.

Il y a encore un manque d'unité, de système, de méthode vraiment déconcertant à l'heure actuelle. Le besoin se fait vivement sentir d'une étude approfondie sur la méthode, permettant pour l'ensemble des expériences psychologiques, de déterminer les questions susceptibles d'un examen rigoureux, les conditions requises, la méthode à suivre, et les tests à employer, signalant toutes les causes d'erreur et donnant les moyens de les éviter le plus possible.

Le besoin s'en fait vivement sentir en ce qui concerne les études de la mémoire. Telle est la principale conclusion qui peut se dégager de cet examen.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Binet et Henri. La Mémoire des mots. *Année psychologique, 1re année* 1894 p. l. 23.

— La Mémoire des phrases, *ibid*, p. 24. 59.

— Le développement de la mémoire visuelle chez les enfants. *Revue générale des sciences,* 15 mars 1894.

Bourdon. Influence de l'âge sur la mémoire immédiate. *Revue philosophique.* Août 1894 t. 38 p. 148. 167.

Ch. J. Hawkins. Expériments in mémory types. *Psychological Review.* IV. 3 mai 1897 p. 289. 294.

A. Jost. Die Association festigkeit in ihrer Abhängigkeit von der vertheilung der Wieder holungen. *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie des sinnesorgane.* XIV p. 46. 72.

Lewy. Experimentelle Untersuchungen über das Gedächtniss. *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnes Organe.* VIV. 1895.

Münsterberg et Bigham. Studies from the Harvard psychological laboratorey, et *Psychological Review.* I. 1. Janv. 1894 p. 34.

Schneider. Etude sur la mémoire des mouvements actifs. *Diss.* (en russe), Juriew 1894.

Th. Smith. La mémoire musculaire. *American journal of Psychology,* n° 4, juillet 1896.

Stetson. Some memory test of whites and blocks. *Psychological Review.* IV. Mai 1897.

Zaborski. Etude sur la mémoire des impressions visuelles. *Dissert.* (en russe), Juriew 1894.

Digitized by Google

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes (Asile de Villejuif)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA SENSIBLITÉ OLFACTIVE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr TOULOUSE et N. VASCHIDE

Les observations sur l'acuité des sens sont loin d'avoir la précision qu'on est en droit d'exiger en science ; et il en est ainsi dans le domaine pathologique comme dans le domaine normal. La cause principale de cette infériorité que présentent aux yeux d'un expérimentateur la plupart des travaux publiés sur l'activité sensorielle est l'absence d'une bonne méthode d'examen. Une épingle, un corps métallique chauffés à un degré mal connu, quelques flacons contenant des substances odorantes ou sapides, choisies sans raisons suffisantes, une montre, un tableau de lettres d'imprimerie et des laines de couleurs, voilà à quoi se réduit trop souvent le matériel en usage dans la clinique habituelle pour l'exploration des sens. Les bonnes méthodes de technique ont préoccupé et préoccupent généralement peu. Mais il est une autre cause qui tend à diminuer encore la valeur des documents, c'est l'absence de chiffres et de mesures concernant l'homme normal.

Pour répondre à ces divers desiderata, nous avons entrepris, avec notre méthode de l'eau camphrée, une série de recherches sur l'état de l'olfaction dans la paralysie générale dont la valeur a été mise à l'épreuve dans de nombreuses expériences tant sur l'homme normal que sur des malades [1].

[1] E. Toulouse, Mesure de l'odorat par l'eau camphrée, *Société de Biologie*, 20 mai 1899. — Toulouse et Vaschide, Mesure de l'odorat chez l'homme et chez la femme, *Société de Biologie*, 14 mai 1899. — *Id.*, Mesure de l'odorat chez les enfants, *Société de Biologie* 10 juin 1899. — *Id.*, Mesure de l'odorat dans l'épilepsie, *Société de Biologie*, 15 juillet 1899. — *Id.*, Note sur un nouveau moyen de vérifier la loi de Fechner-Weber la sensation sur le rapport à l'excitation et sur la vérification de cette loi par la mesure de l'odorat au moyen des solutions décimales, *Société de Biologie*, 15 juillet 1899. — *Id.* Influence des crises épileptiques sur l'olfaction, *Société de Biologie*, 29 juillet 1899. — Toulouse, Mesure de l'odorat par l'eau camphrée, *Revue de Medecine*, 10 novembre 1899. — Toulouse et Vaschide, Mesure de la fatigue olfactive, *Société de Biologie*, 24 novembre 1899. — *Id.* Attention et distraction sensorielles, *Société de Biologie*, 15 décembre 1899. — *Id.* L'asymétrie sensorielle olfactive, *Société de Biologie*, 14 octobre 1895. — L'asymétrie sensorielle olfactive, *Revue philosophique*, 1900, p. 176. — *Id.*, Mesure de l'odorat dans la paralysie générale, Société de Biologie, 3 février 1900. — N. Vaschide. L'expérience de Weber et l'olfaction en milieu liquide. *Société de Biologie*, 16 février 1901. — N. Vaschide. Influence des crises hystériques sur l'olfaction. *Société de biologie*, 25 mai 1901. — N. Vaschide. De l'olfactométrie. *Bulletin de Laryngologie, otologie et Rhinologie*. IV, 1901 p., 5-42.

Digitized by Google

Cette méthode consiste essentiellement en l'emploi du camphre, qui est un corps défini, à odeur connue et soluble dans l'eau à 1 p. 1000. On fait des solutions aqueuses de plus en plus étendues, conservées dans des tubes de verre bouchés à l'émeri, d'une hauteur intérieure de 5 cent. et d'un diamètre intérieur de 2 cent. On présente, en commençant par les solutions les plus faibles et en continuant par les solutions de plus en plus fortes, les tubes aussitôt débouchés, durant une inspiration moyenne du sujet, convenablement préparé et dont les yeux sont voilés, le tube étant placé de manière à raser la cloison nasale. Comme expérience de contrôle, on présente alternativement et sans régularité, un tube contenant de l'eau distillée et par conséquent inodore ; le nombre de fois sur 10 présentations de ce tube, où l'eau a été reconnue, c'est-à-dire n'a éveillé aucune sensation olfactive, donne la valeur des réponses positives correspondant aux excitations camphrées et mesure la suggestibilité. Le titre de la solution camphrée la plus faible sentie comme odeur indéterminée est la mesure du *minimum de sensation* ; 10 expériences semblables donneront un minimum moyen pour un sujet. Le *minimum de perception* moyen s'obtient de la même manière en déterminant la solution de camphre la plus faible reconnue comme odeur camphrée. Enfin la reconnaissance de 10 substances odorantes différentes donne un autre renseignement sur le pouvoir de la perception, surtout dans ses rapports avec la mémoire et l'éducation.

Le nombre des sujets examinés a été de 28 femmes appartenant aux trois périodes de la paralysie générale (période de début, période d'état avec démence confirmée et période de gâtisme) Les difficultés que nous avons éprouvées pour examiner ces malades ont été grandes, car la plupart ayant une grande diminution de l'attention, leurs paroles ne se rapportaient pas aux questions posées. Nous avons dû répéter un grand nombre de fois nos expériences pour avoir des réponses interprétables.

Dans les expériences portant sur le minimum de la sensation, la plupart des malades ne distinguaient pas nettement l'eau camphrée de l'eau distillée. Il a fallu, pour déterminer ce minimum, employer le procédé de notre méthode, que nous avons appelé *procédé de comparaison* [1]. Lorsque les malades attribuaient à une solution d'eau camphrée une odeur plus forte qu'à l'eau distillée, la première était considérée comme différenciée, c'est-à-dire comme sentie. Cela explique qu'on ait pu déterminer ce seuil sensoriel, bien que le nombre des cas, sur dix, où l'eau était reconnue, restait inférieur à la moitié. Le minimum de la perception a pu être déterminé par le procédé ordinaire.

[1] E. Toulouse, Mesure de l'odorat par l'eau camphrée, *Revue de Médecine*, ouvr. cité. — N. Vaschide. De l'olfactométrie. *Bulletin de Laryngologie, Otologie, et Rhinologie*, ouvr. cité.

Digitized by Google

TABLEAU I

Catégorie de la maladie	MINIMA OLFACTIFS — SENSATION — Détermination directe	MINIMA OLFACTIFS — SENSATION — Détermination par comparaison	MINIMA OLFACTIFS — PERCEPTION — Détermination directe	NOMBRE de cas sur 10 où l'eau a été reconnue — Déterm. directe	NOMBRE de cas sur 10 où l'eau a été reconnue — Déterm. par comp.	AMMONIAQUE (1) — Sensation minima	AMMONIAQUE (1) — Perception douloureuse
1re PÉRIODE	5 p. 100,000	—	1 p. 1,000	7	—	1 p. 100	1 p. 10
	—	8 p. 1,000,000	4 p. 100,000	—	4	1 p. 100	1 p. 10
	2 p. 100,000	—	1 p. 1,000	6	—	1 p. 1,000	1 p. 10
	—	8 p. 100,000	1 p. 100	—	5	1 p. 1,000	1 p. 10
	2 p. 100,000	—	Camphre pur	6	—	1 p. 1,000	1 p. 10
2e PÉRIODE	—	9 p. 1,000,000	1 p. 1,000	—	5	1 p. 1,000	1 p. 10
	5 p. 100,000	—	6 p. 10,000	6	—	1 p. 100	1 p. 10
	3 p. 100,000	—	8 p. 100,000	9	—	1 p. 10	pur
	—	9 p. 1,000,000	8 p. 100,000	—	5	1 p. 10	pur
	—	6 p. 10,000	C.	—	1	1 p. 10	pur
	—	2 p. 100,000	1 p. 1,000	—	5	1 p. 1,000	1 p. 10
	0	—	0	0	—	0	pur
	—	6 p. 10,000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	—	5 p. 10,000	C.	—	4	0	pur
	0	—	0	0	—	1 p. 10	pur
	0	—	0	0	—	1 p. 10	0
	—	5 p. 100,000	8 p. 10,000	—	4	1 p. 100	pur
	—	9 p. 1,000,000	5 p. 100,000	—	4	1 p. 10	pur
	0	—	0	0	—	0	pur
	0	—	0	0	—	0	pur
3e PÉRIODE	0	—	0	0	—	0	pur
	—	1 p. 1,000	C.	—	1	1 p. 100	1 p. 10
	—	8 p. 100,000	C.	—	1	1 p. 10	pur
	—	8 p. 10,000	1 p. 1,000	—	2	0	pur
	—	1 p. 1,000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	—	1 p. 1,000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	0	—	0	0	—	pur	0
	0	—	0	0	—	1 p. 10	pur

Le tableau I ci-dessus donne tous les détails de nos recherches et le tableau II résume les résultats généraux de nos expériences que nous comparons à ceux fournis par l'examen des adultes normaux. Dans les tableaux les minima de la sensation et de la perception sont représentés par les titres des solutions camphrées.

[1] Le mot *pur* s'applique à l'ammoniaque à 22°.

Digitized by Google

TABLEAU II

PÉRIODE de la maladie	Nombre des sujets	MINIMUM de sensation		NOMBRE de cas sur 10 où l'eau a été reconnue		MINIMUM de perception moyenne	Nombre des odeurs reconnues	Sujets hors série	Sujets anosmiques hors moyennes
		Nombre de sujets déterminés par comparaison	Minima moyens	Procédé ordinaire	Par comparaison				
1re période.	5	2	4 p. 100,000	6,33	4,5	2 p. 10	3,8	2	»
2e période..	15	8	2 p. 10,000	7,5	3,87	3 p. 10	2,9	3	5
3e période..	8	5	7 p. 10,000	»	2	8 p. 10	1,2	4	3
Totaux et moyennes	28	15	3 p. 10,000	6,8	3,33	4 p. 10	2,7	9	8
Femmes normales	41	0	1 p. 100,000	9,40	»	5 p. 100,000	6,8	1	3

Le nombre des anosmiques (ne reconnaissant aucune odeur) est, chez les paralytiques, de huit sur vingt-huit, soit près du tiers, tandis qu'il n'est que le treizième chez les adultes normales ; ces malades ne comptent pas dans la moyenne. Il est à remarquer qu'aucun des cinq malades au début n'est anosmique, contrairement à l'opinion d'Auguste Voisin, qui considérait l'anosmie comme un symptôme du début de cette maladie. Voici d'ailleurs l'opinion de A. Voisin ; nous la donnons entièrement, l'auteur étant un de ceux qui se sont les plus occupés de la question :

« La diminution ou la perte de l'odorat des deux côtés ou d'un seul est un des signes sur lesquels j'ai depuis longtemps appelé l'attention [1]. Dès 1867 j'ai étudié ce phénomène, ses causes et sa haute importance diagnostique.

» Chaque année dans mes cours, je ne manque pas de le faire remarquer aux élèves et c'est à mon avis un des meilleurs signes du début de la paralysie générale ; car, 1° il est presque constant ; 2° il n'appartient pas à une autre maladie qu'à la paralysie générale, sauf les cas exceptionnels (tels par exemple l'ozène et ses suites, une ancienne fracture de l'ethmoïde ; dans la folie simple, l'odorat est plutôt augmenté que diminué ; 3° c'est un signe du début qu'on peut constater avant même qu'il n'y ait de tremblement de la langue ou d'inégalité pupillaire, ou même avant qu'il n'y ait d'affaiblissement de la mémoire ; 4° c'est un

[1] A. Voisin. *Union Médicale*, 1867.

Digitized by Google

signe facile à percevoir ; en effet, il est assez persistant, tandis que les autres manifestations ne sont pas continues.

» L'explication doit se faire au moyen d'une substance odorante commune, du poivre, par exemple ; il faut avoir soin de cacher à la vue des malades ce qu'on va leur faire sentir ; si le poivre n'est pas reconnu par l'odorat, il faut le mettre sous les yeux du sujet pour voir s'il le reconnaîtra ; s'il en est ainsi, on pourra affirmer que ce n'est pas la démence qui est en cause, et que c'est l'odorat qui est diminué ou aboli.

» Le plus souvent la substance odorante ne produit aucune sensation ; d'autres fois il y a une sensation, mais elle est pervertie : ainsi le malade prendra du poivre pour du tabac, pour du camphre ; d'autres fois, enfin, une fois sur dix environ, le poivre est reconnu : souvent l'odorat est conservé d'un côté.

» Les hallucinations de l'odorat sont très rares au début de la paralysie générale, tandis qu'elles sont fréquentes dans la folie simple ou folie névropathique.

» Ces troubles de l'odorat des deux côtés ou d'un seul tiennent aux altérations des nerfs olfactifs, que nous étudierons plus loin.

» Au début de la paralysie générale, les malades ont parfois de l'enchifrènement avec la sensation de corps étrangers dans les narines ou de démangeaisons ; aussi cherchent-ils à extraire avec les doigts les prétendus corps étrangers, ou à les expulser en expirant vivement et par saccades, la bouche fermée, afin de désobstruer les fosses nasales ; et pendant ces expirations saccadées ils ferment une des narines pour mieux diriger le courant d'air expulseur. Le plus souvent rien n'est expulsé, puisque la sensation est purement subjective, cette habitude finit parfois par dégénérer en véritable tic.

» L'intégrité du goût est trop entièrement liée à celle de l'odorat pour que le sens du goût reste normal, même au début de la paralysie générale : lorsque les malades ne perçoivent pas l'odeur du poivre, il arrive qu'ils ne distinguent pas également le poivre déposé sur leur langue [1].

» En résumé l'odorat est presque toujours gravement compromis à la première période et reste aboli pendant la seconde période. C'est ce qui explique comment les malades en arrivent à se frotter la figure avec des matières fécales sans en être incommodés et à demeurer des journées entières souillées par leurs excréments sans paraître s'en douter [2] ».

Nous avons aussi remarqué cette sensation de corps étrangers dans les narines des paralytiques générales, mais elle était d'or-

[1] A. Voisin. Traité de la paralysie générale, 1879, Baillière, p. 39-41.
[2] A. Voisin. *Ibid.* p. 115.

Digitized by Google

dre tactile et non sensoriel ; ces sensations, nous les avons rencontrées non seulement dans la première période, comme le dit A. Voisin, mais dans toutes les périodes.

Quant aux hallucinations olfactives, dont parle A. Voisin, nous les avons remarquées, mais à proprement parler ce ne sont pas de vraies hallucinations, mais plutôt des images verbales, des associations purement intellectuelles.

Ce qu'on peut retenir comme vrai de l'affirmation de A. Voisin, c'est que la perte de l'odorat est un symptôme fréquent au cours et à la fin de cette affection.

Ballet et Blocq inclinaient à croire que l'anosmie ne survient « habituellement que dans les périodes avancées, comme les troubles trophiques. »

On peut expliquer cette anosmie dans la paralysie générale par les lésions du nerf olfactif. » L'examen microscopique, dit A. Voisin, des nerfs et du bulbe olfactifs montre que les cellules d'origine du nerf dans la partie antérieure des tubes sphénoïdaux sont souvent altérées, mais que les lésions sont encore plus manifestes dans les nerfs à partir de leur origine apparente.

« Le travail inflammatoire aboutit au ramollissement du nerf et du bulbe et sa désorganisation s'explique de la même façon que celle de la substance corticale ; les nerfs olfactifs sont d'autant plus facilements atteints de ramollissement qu'ils rampent pendant un trajet de plusieurs centimètres dans un canal formé par la pie-mère et l'arachnoïde ; or, dès le début de la maladie, ce canal est rempli de sérosité qui imbibe le nerf et amène le ramollissement [1] ».

Le Dr Collet (de Lyon) croit que ces troubles de l'olfaction sont dus à une susceptibilité spéciale des nerfs olfactifs, qui tient à leur constitution anatomique ; « au lieu de rester compacts, écrit cet auteur, comme les autres nerfs sensoriels, il se résolvent, avant de traverser la lame criblée de l'ethomïde, en ramuscules excessivement ténus, de ce chef très accessibles à la compression, dans cette maladie anatomiquement caractérisée par une méningo-encéphalite [2]. Cette altération fonctionnelle peut encore tenir à des légions corticales localisées qui sont si nombreuses dans la paralysie générale. »

En même temps que la sensibilité sensorielle nous avons mesuré la sensibilité tactile olfactive. Nous entendons par là une propriété spéciale de la membrane pituitaire et de la muqueuse olfactive de réagir aux excitations ammoniacales.

[1] A. Voisin ouvr. cité — 448 449, planche VIII, — fig. 8. Voir aussi A. Voisin, *Union Médicale*, 1868.

[2] *Dr Collet*, De l'anosmie. Rapport présenté à la Société française d'otologie de laryngologie et de rhinologie, Congrès du 1er mars 1899.

Digitized by Google

Quand on respire par le nez de l'ammoniaque, on éprouve une sensation de piqûre et de brûlure avec une légère impression d'étouffement, qu'on n'observe dans aucune autre excitation sensorielle. Comme preuve de l'existence de ce mode de sensibilité non olfactive on peut citer ce fait que de pareilles sensations sont perçues dans l'anosmie sensorielle complète. Pour mesurer cette sensibilité spéciale, nous nous sommes servis de la solution aqueuse du gaz ammoniac à 22° pratiquement appelé ammoniaque et de solutions aqueuses de cet ammoniaque à 1 p. 10, 1 p. 100, 1 p. 1,000 et 1 p. 10.0000. La technique que nous avons employée était la même que pour l'eau camphrée.

TABLEAU III

CATÉGORIE des MALADES	Nombre de sujets	AMMONIAQUE		NOMBRE des sujets dont les déterminations pour la sensation ont été faites par comparaison
		Sensation minima	Perception douloureuse	
Première période.	5	5 p. 1,000	1 p. 10	2
Deuxième période.	10	8 p. 100	7 p. 10	8
Troisième période	5	8 p. 10	Amm. à 22°	5
Total.....	20	6 p. 100	6 p. 10	15
Femmes normales	37	4 p. 10,000	1 p. 100	0

Par perception douloureuse nous entendons la réaction désagréable. Il y a dans la mimique et notamment dans la gêne et l'irritation provoquée par l'odeur ammoniacale un signe suffisamment précis. Chez les femmes normales cet état douloureux ou de gêne est accompagné, dans la grande majorité des cas, par la reconnaissance de l'odeur ; chez nos paralytiques générales la plupart n'ont pu définir la qualité de la substance odorante et nous nous sommes contentés d'enregistrer cette perception au moment où le sujet manifestait une gêne sensible.

Les chiffres du tableau III prouvent d'abord l'indépendance de cette sensibilité olfactivo-sensitive, car elle persiste malgré la déchéance de l'appareil olfactivo-sensoriel ; elles prouvent encore la nature fondamentale de cette sensibilité ou plutôt de cette irritabilité organique, car nous l'avons trouvée chez les enfants avant même que l'olfaction se développe. Elle persiste à tra-

Digitized by Google

vers les âges et on la trouve chez les vieillards à peine abolie, tandis que l'olfaction est éteinte complètement. On retrouve encore ce genre d'irritabilité, presque dans toutes les maladies mentales avec des diminutions plus ou moins grandes.

Les sujets hors série, c'est-à-dire percevant le camphre pur ou dans des solutions saturées ont été très nombreux chez nos paralytiques. Ils comptent dans les moyennes.

La sensation (impression olfactive de nature indéterminée) est plus faible chez ces malades et d'autant plus que la maladie est plus ancienne. Il est à remarquer que dans la première période, elle est peu inférieure à celle des sujets normaux, alors que la perception (reconnaissance du corps odorant) est déjà fortement diminuée. Une fois de plus nous constatons que la perception et la sensation sont jusqu'à un certain point indépendantes. Elles ne sont pas frappées dans les maladies également.

La reconnaissance de l'eau est faible, surtout aux deux dernières périodes. Il en est de même de la reconnaissance des odeurs différentes.

La paralysie générale est le type de la démence, c'est-à-dire de la faiblesse intellectuelle. On voit combien l'odorat est altéré dans cette maladie. Il est intéressant de remarquer que cette fonction s'abolit en même temps que l'intelligence générale et tout d'abord dans son mode d'activité le plus délicat, la perception.

TECHNIQUE

MESURE DU RÉFLEXE ROTULIEN

Par le Dr E. Castex

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

I. — Introduction

Dans toutes les études qui ont été faites jusqu'à présent sur les réflexes tendineux, il n'a jamais été question de *mesure* : l'intensité du choc, la force de contraction du muscle sont simplement appréciées par l'observateur, dont les jugements n'ont de la valeur que lorsqu'il a acquis par de multiples expériences sur l'homme normal et pathologique une forte éducation. Pour exprimer ces jugements il n'aura à sa disposition que des mots, tels que fort, faible, exagéré, diminué, etc.

A cette méthode insuffisante d'exploration des réflexes tendineux, je me suis proposé de substituer une méthode précise, basée sur des *mesures*. J'ai choisi, comme premier sujet d'études, le réflexe patellaire.

Digitized by Google

La première condition à remplir dans l'étude d'un réflexe est de posséder un appareil donnant des chocs d'énergie variable et connue. Après divers essais, j'ai fait construire un tel appareil, auquel je donne le nom de *réflexomètre rotulien*.

II. — Description du réflexomètre

Le réflexomètre se compose d'un tube cylindrique qu'on tient horizontalement d'une main et dont on appuie une extrémité, munie d'un rebord mousse, sur le tendon rotulien. Ce tube contient un percuteur constitué par une tige d'acier qui présente à une extrémité une tête ; cette tête, ayant presque le diamètre intérieur du tube, est munie de deux petits galets verticaux lui permettant de rouler dans le tube ; elle présente aussi, suivant l'axe du tube, un tampon de choc, cylindre de caoutchouc ayant une section de 1 centimètre carré.

Par l'autre extrémité, la tige du percuteur traverse la culasse du tube, et repose sur deux petits galets de roulement fixes; elle se termine enfin par un bouton de tirage. A sa partie supérieure la tige du percuteur porte un méplat sur lequel est gravée la graduation; à sa partie inférieure, elle est taillée en forme de crémaillère, qui engrène avec une gâchette fixée dans la culasse du tube.

Entre la tête du percuteur et la culasse du cylindre se trouve un ressort de compression à boudin. On arme le percuteur en le tirant par le bouton de tirage ; pendant ce mouvement, on comprime le ressort à boudin. Le percuteur reste à l'armé, maintenu par la gâchette qui a pénétré dans une des dents de la crémaillère. Si l'on appuie sur une détente, on abaisse la gâchette, on libère le percuteur qui, lancé par le ressort, vient frapper le tendon. La force du choc dépend du degré de tirage du percuteur. Les dimensions des diverses pièces du réflexomètre sont telles que le choc détermine un effet local, et non un effet total de projection du sujet, ou du moins de sa jambe.

III. — Graduation du réflexomètre

Dans un choc, le corps choquant possède une certaine quantité d'énergie égale à $1/2\ m\ v^2$, m étant sa masse et v sa vitesse. Cette énergie se transforme au moment du choc en actions mécaniques, calorifiques, etc. Par une succession de transformations, une portion de cette énergie agit comme excitant des organes sensibles tendineux.

Une énergie de choc se mesure avec la même unité qu'un travail, par exemple le kilogrammètre. Pour la mesure du réflexe rotulien, et très probablement pour tous les réflexes tendineux, l'unité la plus convenable est le gramme centimètre ; la graduation du réflexomètre est donc faite en gramme centimètres.

Pour chaque degré de compression du ressort à boudin du réflexomètre, c'est-à-dire à chaque dent de la crémaillère, corres-

Digitized by Google

pond une certaine énergie de choc, toujours la même, si l'appareil est bien horizontal, car c'est la seule position où le mouvement du percuteur se fasse sous l'action du ressort, sans que la pesanteur agisse.

Lorsque le réflexomètre est armé, le nombre de la graduation qui est le plus voisin d'un repère (orifice de la culasse) indique l'énergie du choc que donnera le percuteur lorsqu'on appuiera sur la détente.

La graduation du réflexomètre est obtenue expérimentalement au moyen d'un pendule balistique, de construction spéciale sur laquelle je n'insisterai pas.

IV. — Ce que doit être l'étude complète du réflexe patellaire

Dans le réflexe patellaire (et ceci est vrai aussi pour tous les réflexes tendineux), plusieurs éléments sont susceptibles de mesure. Si l'on pratique une série de chocs d'énergie croissante, les premiers ne produisent aucun phénomène apparent. Puis l'un d'eux donne une excitation juste suffisante pour que le muscle quadriceps se contracte très faiblement : c'est le *seuil* de l'excitation. J'appelle *valeur du réflexe* l'énergie qui produit le seuil de l'excitation, la contraction minima. Il y a lieu de noter, pour cette contraction initiale :

1° L'énergie de choc (valeur du réflexe).
2° Le temps perdu.

A partir de ce moment, les chocs déterminent des contractions d'énergie croissante. Si la jambe est fixée, le quadriceps ne présentera que des contractions statiques. Il faudra noter, pour chaque énergie de choc :

1° L'énergie du choc.
2° Temps perdu.
3° L'énergie de contraction du muscle.

Le réflexomètre donne l'énergie du choc. L'énergie de contraction peut être approximativement fournie par un tracé myographique, mais il serait facile de combiner un dynamomètre, qui appliqué à l'extrémité de la jambe, donnerait une mesure exacte de la force de contraction du quadriceps. Enfin des combinaisons de contacts électriques placés sur le réflexomètre pour le moment du choc, et sur le dynamomètre, pour celui du début de la contraction musculaire, permettraient de connaitre le temps perdu. C'est là un programme étendu.

Je n'ai étudié jusqu'ici que le point suivant : *valeur moyenne* du réflexe chez l'homme sain.

V. — Mode d'emploi du réflexomètre

Avant d'entreprendre une série de mesures sur l'homme normal, il fallait être fixé sur la position à donner au sujet et sur le mode d'observation de la contraction du quadriceps.

Digitized by Google

La position de choix du sujet est la suivante : il est assis sur un siège autant que possible à dossier ; les deux pieds reposent naturellement sur une surface horizontale, sol ou tabouret, à hauteur telle que les jambes soient verticales et fléchies à 90° sur les cuisses elles-mêmes horizontales, et un peu en abduction.

Le réflexomètre, tenu de la main gauche, est horizontalement appuyé sur le tendon rotulien. L'observateur arme le percuteur, en tirant le bouton de tirage de la main droite, jusqu'à la division choisie. Puis, de l'index droit, il agit sur la détente et provoque le choc. La graduation tracée sur le méplat supérieur de la tige du percuteur reste constamment sous ses yeux et il doit noter, avant de déclancher le percuteur, l'énergie du choc qui va se produire.

Pour observer la contraction du quadriceps, on pouvait s'adresser aux procédés suivants : sensation de contraction perçue par l'observateur posant sa main sur la cuisse du sujet — myographe disposé sur la cuisse — vision de la variation de relief de la cuisse pendant la contraction. Cette dernière méthode se trouve être à la fois la plus commode et la plus précise.

On ne peut percevoir la contraction à la main parce que la sensation du choc se superpose à la première et en trouble l'observation

On pourrait penser que les myographes résolvent bien le problème : il n'en est rien. J'ai essayé le myographe de Marey, le pneumographe de Paul Bert transformé en myographe, un tube de caoutchouc faisant plusieurs tours sur la cuisse, fermé à un bout et en relation avec un tambour à levier à l'autre extrémité. Le plus sensible, le myographe de Marey, s'est montré inférieur à la simple vision de variation de relief. Ainsi, sur un sujet se prêtant à l'expérience dans les meilleures conditions, le myographe n'a jamais montré de contraction au-dessous de 264 gr. cm, alors que par le procédé de la vision il y avait contraction indiscutable à 225 gr. cm. La méthode graphique exige de plus un certain matériel, et un temps assez long pour son installation.

Il est intéressant de comparer la méthode que je propose avec celle de projection du pied, les jambes croisées. MM. Marchand et Vurpas ont signalé au congrès des aliénistes de Limoges de 1901 qu'il pouvait y avoir contraction du quadriceps, mise en évidence avec un myographe, sans projection du pied. Pour que cette projection soit visible, il faut en effet que la force de contraction du quadriceps soit suffisante pour vaincre les frottements, la résistance au mouvement de l'articulation du genou. Une contraction insuffisante pour projeter la jambe en avant, peut cependant être visible par la variation de relief. Dans des expériences préliminaires, entreprises bien avant de connaître les résultats des auteurs cités, j'ai trouvé qu'il fallait une énergie de choc de 60 à 100 gr. cm plus grande pour la projection du pied que pour la contraction minimale observée par variation de relief.

La position du sujet indiquée plus haut assure facilement le relâchement du quadriceps. Cependant, sous l'influence d'une certaine appréhension en présence d'un instrument inconnu, presque tous les sujets se tiennent dans un état, sinon de contraction, du

Digitized by Google

moins d'attention qui produit une diminution apparente du réflexe. Le mieux est donc, *dans tous les cas,* pour assurer la complète comparabilité des résultats, de provoquer le repos du système nerveux moteur du quadriceps en faisant exécuter au sujet un mouvement du membre supérieur, par exemple serrer le poing, tirer sur les deux mains. Encore faut-il éviter qu'il mette une telle énergie à cet acte qu'il se contracte de tout le corps.

VI. — Réponse a diverses objections

On peut adresser au réflexomètre et à la méthode préconisée diverses objections, auxquelles je veux répondre par avance.

Dans l'observation de la contraction minimale du quadriceps par la simple vision du changement de relief, l'observateur introduit les qualités ou défauts de son sens visuel propre. Si l'on suppose un groupe d'observateurs en présence d'un sujet sur qui l'un d'eux pratique la mesure du réflexe, y aura-t-il accord entre eux sur la valeur du réflexe, sur le moment où se montre la contraction minimale ? Voici une expérience qui montre qu'il en est bien ainsi. Devant un groupe de cinq étudiants en médecine au début de leurs études qui pour la plupart ignoraient encore ce que c'est qu'un réflexe, et que j'ai mis au courant de la question en quelques minutes, j'ai percuté 10 fois un sujet, avec des chocs d'énergie variable, mais s'écartant peu de la valeur du réflexe examiné. Chaque étudiant notait de son côté le résultat qu'il avait vu pour chaque choc, sans que personne échangeât la moindre parole. J'ai comparé ensuite les résultats des étudiants avec les miens propres: il y avait, sur 50 réponses, 45 conformes à mon opinion, 2 contraires et 3 nulles c'est-à-dire que leurs auteurs n'avaient pu se prononcer. Avec une autre série de cinq autres étudiants, dans les mêmes conditions j'ai obtenu 44 réponses exactes, 2 inexactes et 4 nulles.

Sur 93 opinions exprimées, il y a donc eu 89 fois concordance. Si l'on considère que ces observateurs improvisés voyaient la plupart pour la première fois une contraction réflexe, on peut tenir l'accord pour satisfaisant et admettre qu'il n'y a nulle difficulté à observer la contraction minimale.

J'ajouterai qu'un de ces observateurs novices aurait appris en quelques minutes à faire fonctionner lui-même le réflexomètre, et aurait été ainsi capable de juger dès la première fois, si la valeur du réflexe examiné était normal ou non. Le mode d'observation actuelle du réflexe rotulien exige un apprentissage de beaucoup plus long.

L'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée a peut-être une grande influence, soit en protégeant le tendon rotulien contre le choc, soit en masquant la contraction ? — Cette couche est toujours d'épaisseur faible à la partie antérieure du genou, l'effet d'amortissement est négligeable, et quel que soit d'ailleurs le mode de percussion, il est impossible d'annihiler cet effet, lorsqu'il existe.

J'ai eu l'occasion de mesurer le réflexe chez une femme qui pré-

Digitized by Google

sentait devant le genou gauche seul, depuis son enfance, un paquet variqueux de plusieurs centimètres d'épaisseur; le genou droit était maigre et sain : j'ai trouvé la même valeur pour le réflexe de l'une et l'autre jambe.

Il y aurait plutôt à craindre que l'adipose ne masque la contraction du muscle. Il faudrait pour cela qu'elle fut très accentuée. Chez des jeunes filles et des jeunes femmes en bon état de nutrition, j'ai étudié le réflexe soit en utilisant le phénomène de projection du pied, soit par la méthode préconisée, et c'est toujours cette dernière qui s'est montrée la plus sensible. Ce ne pourrait donc être que dans des cas extraordinaires qu'on la trouve en défaut.

Le mode de construction du réflexomètre est tel que sa graduation est discontinue. Ne vaudrait-il pas mieux un appareil à graduation continue? Il y a d'abord une question de technique instrumentale. Le réflexomètre, tel que je l'ai décrit, est d'une construction simple, d'un emploi facile et rapide; je n'ai pas encore trouvé le principe d'un appareil simple à indications continues. Mais il est reconnu par bien des expérimentateurs, que dans des problèmes de psychophysique, de physiologie, les appareils à indications continues sont d'un emploi difficile parce qu'on s'attarde alors à la poursuite d'une limite constamment variable, que la fatigue intervient alors du côté du sujet comme de celui de l'observateur : il est dans ces conditions plus simple et même plus précis, d'encadrer rapidement le phénomène à mesurer entre deux limites, supérieure et inférieure, qui en donneront la valeur avec une approximation connue. Ceci s'applique entre autre aux réflexes tendineux.

VII. — Valeur normale du réflexe rotulien.

J'ai dit plus haut que j'appelle valeur du réflexe l'énergie du choc qui provoque la contraction minimale, observée suivant la méthode indiquée. Comme pour la taille, le poids, cette valeur n'est pas la même pour tous les individus normaux. Si l'on prend 1000 individus, qu'on mesure leur réflexe, on doit trouver que les résultats oscillent autour d'une valeur médiane, que l'on peut appeler *valeur normale* du réflexe rotulien, de même qu'on parle de taille normale.

J'ai entrepris des expériences pour déterminer cette valeur normale. J'ai dû, pour commencer, m'adresser à des malades choisis principalement dans des services de chirurgie, et pouvant être considérés comme sains relativement à leur système nerveux. Je considère les résultats de cette première statistique comme une première approximation réclamant des recherches ultérieures.

Voici les résultats sous forme de tableaux. Le premier se rapporte à un premier appareil d'essai; le second est relatif à l'instrument définitif. La première colonne donne le numéro des dents de la crémaillère; la seconde, les énergies du choc correspondant aux dents; dans les colonnes suivantes, de la troisième à la onzième le nombre de fois que j'ai trouvé, comme valeur du réflexe figure

Digitized by Google

l'énergie indiquée par la colonne n° 2 ; enfin, la douzième colonne donne le rapport d'un des nombres de la colonne n° 11 au nombre total des mesures.

Le premier tableau correspond à 141 sujets (71 hommes, 70 femmes) ; le second à 58 sujets (37 hommes, 21 femmes). Certains des sujets n'avaient qu'une jambe disponible,

TABLEAU I

N°s	CHOC	HOMMES			FEMMES			HOMMES et FEMMES			
D's	gr. cm	D	G	Total	D	G	Total	D	G	Total	0/0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5	32	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
6	46	3	3	6	6	3	9	9	6	15	5
7	60	6	5	11	2	6	8	8	11	19	7,1
8	81	6	8	14	9	9	18	15	17	32	12
9	103	10	5	15	10	11	21	20	16	36	14
10	135	12	19	31	20	18	38	32	37	69	26,1
11	162	11	7	18	11	10	21	22	17	39	14,6
12	195	6	7	13	3	4	7	9	11	20	7,5
13	225	4	4	8	3	1	4	7	5	12	4,5
14	264	5	6	11	1	1	2	6	7	13	4,9
15	298	5	2	7	1	1	2	6	3	9	2,9
16	338	1	1	2	»	1	1	1	2	3	1,1
17	382	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux...		69	67	136	66	65	131	135	132	267	

TABLEAU II

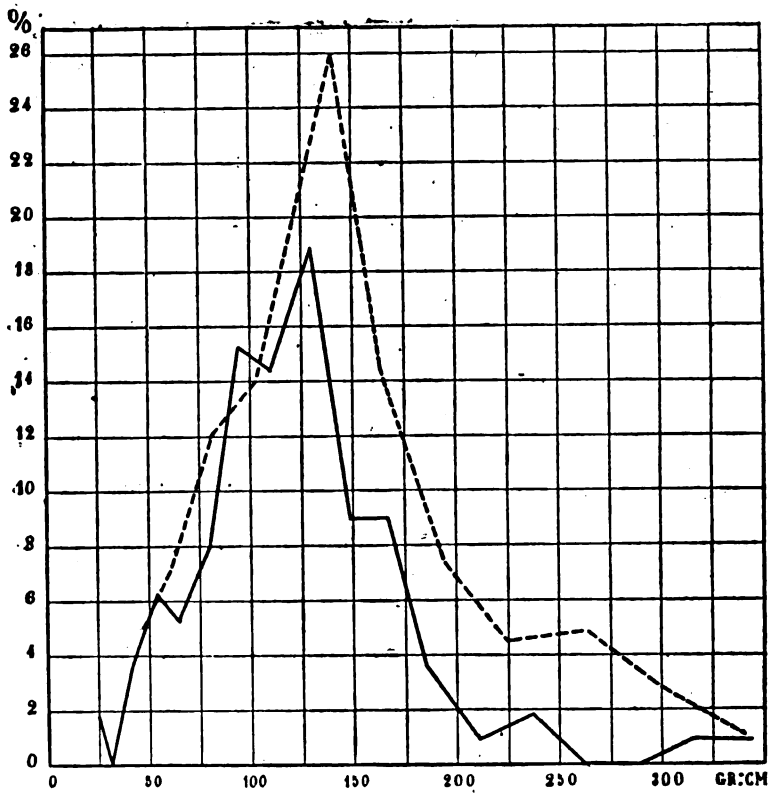
N°s	CHOC	HOMMES			FEMMES			HOMMES et FEMMES			
D's	gr. cm	D	G	Total	D	G	Total	D	G	Total	0/0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6	17	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
7	24	»	»	»	1	1	2	1	1	2	1,8
8	32	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
9	42	1	2	3	1	»	1	2	2	4	3,6
10	53	2	2	4	1	2	3	3	4	7	6,3
11	64	2	1	3	1	2	3	3	3	6	5,4
12	79	3	4	7	2	»	2	5	4	9	8,1
13	95	7	7	14	2	1	3	9	8	17	15,3
14	110	2	4	6	4	6	10	6	10	16	14,4
15	128	7	10	17	2	2	4	9	12	21	18,9
16	148	5	2	7	1	2	3	6	4	10	9
17	167	3	1	4	3	3	6	6	4	10	9
18	184	1	1	2	2	»	2	3	1	4	3,6
19	211	»	»	»	»	1	1	»	1	1	0,9
20	236	1	1	2	»	»	»	1	1	2	1,8
21	262	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
22	289	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
23	315	»	1	1	»	»	»	»	1	1	0,9
24	346	1	»	1	»	»	»	1	»	1	0,9
25	375	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux...		35	36	71	20	20	40	55	56	111	

Digitized by Google

Pour rassembler et comparer facilement les résultats contenus dans ces tableaux, il suffit de les représenter par la méthode graphique (Fig. 1), sur l'axe des abscisses sont portées les énergies de choc en gr. cm ; en ordonnées se trouvent les pourcentages de la douzième colonne. Les divers points ainsi obtenus ont été réunis par des droites, en pointillé pour le premier tableau, en trait plein pour le second.

Les courbes sont semblables ; elles seraient certainement identiques si les statistiques avaient porté sur un plus grand nombre de cas. On peut en conclure que des réflexomètres gradués suivant le même principe, donneront des résultats comparables entre eux.

Les courbes présentent leur sommet à 135 et 128 gr. cm. On peut adopter un nombre rond moyen 130, comme sommet commun. *La valeur normale du réflexe rotulien est de 130 gr. cm, pour les adultes sans distinction de sexe.*



Si le sommet de la courbe est assez net, il n'en est pas de même des extrêmités. Cela provient de ce que le nombre des mesures n'a pas été assez grand. Les limites des valeurs au-dessus et au-dessous desquelles le réflexe doit être considéré comme anormal d'une manière certaine paraissent être de 25 et 350 gr. cm.

Digitized by Google

Il est naturellement bien entendu que je ne veux dire par là qu'une personne dont la valeur du réflexe est comprise entre 25 et 350 gr. cm est toujours saine. Ici comme bien des symptômes, on ne peut conclure à un état pathologique que si l'on trouve, après examen comparatif des deux jambes, une notable différence entre elles, ou si l'on observe avec le temps une variation insolite d'intensité du réflexe, soit en plus soit en moins. Là encore le réflexomètre qui comporte des mesures exactes, remplacera avantageusement la méthode actuelle.

Pour l'étude du réflexe rotulien dans une maladie donnée, il faut adopter le procédé que j'ai suivi à propos de la valeur normale : tracer la courbe du pourcentage en fonction de l'énergie de choc. La forme de la courbe et principalement la position du sommet apprendra si, en général, le réflexe est égal, inférieur ou supérieur au réflexe normal.

Il sera bon aussi de donner des tableaux complets de résultats ; chaque observateur pourra ainsi additionner ses résultats avec ceux de ses prédécesseurs, et donner ainsi aux statistiques leur qualité fondamentale, de porter sur un très grand nombre de cas.

VIII. — Comparaison de l'homme droit et de l'homme gauche

Il m'avait semblé, à plusieurs reprises, que la valeur du réflexe est en général plus faible à gauche qu'à droite. J'ai essayé d'élucider la question par le procédé suivant. J'ai relevé les résultats obtenus sur les 53 sujets ayant les deux jambes saines, avec le réflexomètre du modèle définitif. J'ai multiplié, pour chaque côté droit ou gauche, le nombre de cas observés par le travail de choc correspondant, et j'ai fait la somme des produits.

	NOMBRE DE CAS		PRODUITS	
ENERGIE DE CHOC :	D	G	D	G
24	1	1	24	24
42	1	2	42	84
53	3	4	159	212
64	3	3	192	192
79	5	4	395	316
95	8	7	760	665
110	6	9	660	990
128	9	11	1152	1408
148	6	4	888	592
167	6	4	1002	668
184	3	1	552	184
211	»	1	»	211
236	1	1	236	236
315	»	1	»	315
346	1	»	346	»
Totaux...			6408	6097

Digitized by Google

Les résultats ont été de 6408 pour l'homme droit et 6097 pour l'homme gauche, ce qui donnerait une différence de $\frac{6408 - 6097}{53} = 6$ gr. cm en moyenne entre les deux réflexes d'un individu, la valeur du réflexe gauche étant plus faible que celle du réflexe droit.

C'est avec une certaine réserve que je signale ce résultat, parce que le nombre des sujets mesurés n'est pas grand.

PAGES OUBLIEES

LES PERCEPTIONS INSENSIBLES

Par Leibnitz[1]

Il y a mille marques qui font juger qu'il y a à tout moment une infinité de perceptions en nous, mais sans aperceptions et sans réflexion, c'est-à-dire des changements dans l'âme même, dont nous ne nous apercevons pas parce que ces impressions sont ou trop petites et en trop grand nombre, ou trop unies, en sorte qu'elles n'ont rien d'assez distinguant à part, mais jointes à d'autres, elles ne laissent pas de faire leur effet, et de se faire sentir dans l'assemblage, au moins confusément. C'est ainsi que la coutume fait que nous ne prenons pas garde au mouvement d'un moulin ou à une chute d'eau, quand nous avons habité tout auprès depuis quelque temps. Ce n'est pas que ce mouvement ne frappe toujours nos organes et qu'il ne se fasse encore quelque chose dans l'âme qui y réponde à cause de l'harmonie de l'âme et du corps, mais les impressions qui sont dans l'âme et dans le corps, destituées des attraits de la nouveauté, ne sont pas assez fortes pour s'attirer notre attention et notre mémoire, qui ne s'attachent qu'à des objets objets plus occupants. Toute attention demande de la mémoire, et quand nous ne sommes point avertis, pour ainsi dire, de prendre garde à quelques-unes de nos propres perceptions présentes, nous les laissons passer sans réflexion et même sans les remarquer, mais si quelqu'un nous en avertit incontinent et nous fait remarquer par exemple quelque bruit qu'on vient d'entendre, nous nous en souvenons et nous nous apercevons d'en avoir eu tantôt quelque sentiment.

Ainsi c'étaient des perceptions, dont nous ne nous étions pas aperçus incontinent, l'aperception, ne venant dans ce cas d'avertissement, qu'après quelque intervalle, tout petit qu'il soit. Pour juger encore mieux des petites perceptions, que nous ne sau-

[1] Leibnitz. — Nouveaux Essais. — Avant-Propos.

Digitized by Google

rions distinguer dans la foule, j'ai coutume de me servir de l'exemple du mugissement, ou du bruit de la mer, dont on est frappé quand on est au rivage. Pour entendre ce bruit comme l'on fait, il faut bien qu'on entende les parties qui composent le tout, c'est-à-dire le bruit de chaque vague, quoique chacun de ces petits bruits ne se fasse connaître que dans l'assemblage confus de tous les autres ensemble, et qu'il ne se remarquerait pas, si cette vague qui le fait était seule. Car il faut que l'on soit affecté un peu par le mouvement de cette vague et qu'on ait quelque perception de chacun de ces bruits, quelque petits qu'ils soient ; autrement on n'aurait pas celle de cent mille vagues, puisque cent mille riens ne sauraient faire quelque chose.

D'ailleurs, on ne dort jamais si profondément qu'on n'ait quelque sentiment faible et confus, et on ne serait jamais réveillé par le plus grand bruit du monde, si on n'avait quelque perception de son commencement, qui est petit, comme on ne romprait jamais une corde par le plus grand effort du monde, si elle n'était tendue et allongée un peu par de moindres efforts, quoique cette petite extension qu'ils font ne paraisse pas.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 28 Janvier 1902)

Installation du bureau. — M. Joffroy, Président sortant, prononce un discours très applaudi, dans lequel il passe en revue les travaux de l'année qui vient de s'écouler et rappelle en termes émus la vie du regretté M. Meuriot, membre titulaire, décédé, et termine en félicitant M. Magnan de son élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur.

M. Motet, en prenant possession du fauteuil de la présidence, rend hommage à l'urbanité et au savoir de M. Joffroy, auquel il succède, et à celui de M. Ballet, appelé à la Vice-Présidence. Il se félicite de voir M. *le Dr Ritti* maintenu dans les fonctions de secrétaire général.

Rapports. — M. Arnaud lit le compte rendu d'un travail de M. Funaioli sur les *Causes et la prophylaxie de la Folie ;* travail qui se fait remarquer par la justesse des vues qui y sont exposées et par le grand nombre des documents personnels qu'il contient.

M. Dupain donne lecture d'une analyse détaillée d'un ouvrage du Dr Nina Rodrigués, professeur de médecine légale à l'université de Bahia (Brésil). Ce livre, écrit en portugais, est intitulé :

Digitized by Google

L'aliéné dans le droit civil brésilien ; c'est le développement des leçons professées par l'auteur qui ont trait au remaniement du régime des aliénés dans le code civil brésilien, remaniement qui, d'après l'auteur, paraît des plus urgents.

M. Roubinovitch analyse un travail de Mœbius sur l'*Art et les artistes* ; d'après Mœbius, l'instinct artistique est inné et ne peut être acquis par l'éducation.

Elections des Commissions. — *Commission des candidatures :* MM. Ballet, Briand, Brunet, Blin et Garnier. *Commission du prix Aubanel :* MM. Joffroy, Seglas, Garnier, Voisin et Arnaud.

Elections de membres correspondants : M. Pons (de Bordeaux) est élu sur le rapport de M. le Dr Bourrier ; M. Colombani (de Paris) est élu sur le rapport de M. Febvré.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 9 Janvier 1902)

MM. Fouche et Cruchandeau présentent une observation d'Hémianopsie homonyme latérale droite, avec les résultats de l'autopsie. — Ils notent comme faits remarquables :

1° Les oscillations que présente le champ visuel, avant de présenter l'aspect de l'hémianopsie classique :

2° L'existence de troubles vertigineux et d'une démarche cérébelleuse, bien que l'autopsie n'ait montré aucune lésion du cervelet. Dans ce cas, les symptômes cérébelleux étaient dûs vraisemblablement à des troubles transitoires de la circulation cérébelleuse.

3° L'absence de troubles de la mémoire topographique et de la faculté de se diriger, absence qui paraît en rapport avec l'intégrité relative du lobule fusiforme.

M. Bischoffwerder présente une note sur un cas de syringomyélie avec lésion des cordons postérieurs et troubles de la sensibilité.

Il y avait disparition complète de la sensibilité tactile dans tout le côté gauche du malade. L'anesthésie complète peut s'expliquer par le seul fait de lésion bulbaire ayant interrompu le faisceau sensitif gauche à sa sortie des noyaux de Goll et de Bardach. Les lésions primitives du cordon de Goll gauche dans les parties inférieures de la moelle ont pu contribuer, elles aussi, à provoquer les troubles de la sensibilité tactile.

En tout cas, la dégénération du cordon de Goll gauche montre un rapport direct ou indirect, mais non douteux, avec l'anesthésie du côté gauche. Ceci nous permet de croire, malgré l'opinion contraire de beaucoup d'auteurs, que les fibres de la sensibilité tactile passent par les cordons postérieurs.

M. Lad. Haskovec, de Prague, communique par l'intermédiaire de M. P. Marie deux cas de crampe des écrivains, avec mouvements associés. Ce phénomène confirme l'idée moderne pathogénique concernant l'origine centrale ou corticale de la crampe des

Digitized by Google

écrivains. Et, pour provoquer des mouvements associés, il faut admettre une lésion des centres sous-corticaux ou de l'écorce cérébrale même. — Il y a lieu de croire que les mouvements associés n'ont pas lieu sans la participation du cerveau malade. Les mouvements associés observés dans la crampe des écrivains sont un signe pronostique grave de la maladie.

Au nom de M. Ladame, M. P. Marie présente une observation intéressante au point de vue de la question de l'aphasie motrice sous-corticale. A l'autopsie on trouve :

Poids du cerveau total (encéphale).....	1045 gr.
— — sans le cervelet.....	930 —
— du cervelet.....	124 —
— de l'hémisphère droit.....	483 —
— — gauche.....	448 —

L'observation démontre :

1° Que les symptômes que l'on a considérés par erreur comme caractéristiques de l'aphasie motrice dite sous-corticale, s'observent dans la lésion corticale de l'opercule frontal ;

2° Que l'agraphie n'est point la suite nécessaire d'une lésion du pied de la circonvolution ;

3° Qu'il faut abandonner désormais le classement des aphasies motrices en corticales et sous-corticales, comme ne répondant ni à la réalité clinique, ni à la réalité anatomo-pathologique.

M. Scherb, d'Alger, fait une communication sur la confusion mentale et le syndrôme cérébelleux au cours de l'urémie, et l'excellent effet de la lombo-ponction.

Il s'agit d'un cas isolé, terminé par la mort, sans que la nécropsie pût malheureusement être faite. Il y a à noter :

1° les symptômes insolites de l'urémie cérébrale, empruntant le double masque du syndrôme confusion mentale et du syndrôme cérébelleux ;

2° l'effet manifestement et rapidement favorable de la première ponction (20 cc.) et l'effet favorable mais transitoire de la deuxième ponction (30 cc.)

Il semble enfin que la localisation segmentaire de l'œdème cutané a pu être régie par le système nerveux central, les métamères bulbo-protubérantiels, irrités ou comprimés.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(Séance du 10 Janvier 1902)

M. José Frappa, artiste peintre, expose avec des schémas et dessins à l'appui quelques considérations des plus curieuses sur l'expression des émotions. Sa communication nous a révélé des procédés assez ingénieux pour saisir l'expression de l'émotivité qualitative, mais ils touchent plutôt au domaine de la technique artistique qu'à celui de la psychologie ; à ce dernier point de vue les idées de M. Frappa paraissent assez simplistes : elles ramènent toute

Digitized by Google

forme émotive à une expression schématique. Malheureusement il ne suffit pas de saisir le froncement des sourcils, les plis du coin de la bouche et ceux du front pour préciser le coefficient qualitatif de chaque émotion, il y a une complexité plus grande et plus délicate à saisir, comme M. G. Tarde a répliqué si justement à M. Frappa.

M. Sollier a traité des *hallucinations autoscopiques*, à savoir des hallucinations qui sont constituées par la vision de son propre moi physique. Il s'agit d'une nouvelle forme de dédoublement et qui néanmoins a comme phénomène psychologique sa propre physionomie. Baillarger avait remarqué cette forme hallucinatoire. M. Sollier décrit l'histoire et les conditions dans lesquelles ces hallucinations sont survenues, chez plusieurs sujets qu'il a eu la la possibilité d'observer. Je n'ai pas saisi les motifs qui forcent M. Sollier a établir la physionomie de ces hallucinations et d'en faire une classe à part. J'attends la publication du travail pour y revenir et pouvoir critiquer surtout l'explication de la genèse de ces hallucinations.

M. Dubois, de Saujon, communique enfin quelques considérations sur l'*état mental des tiqueurs*. Les données psychologiques sont analysées avec beaucoup de détails et M. Dubois a donné une preuve sérieuse de la manière dont il a étudié le malade, examinant ce vertige kaléïdoscopique des images mentales toujours en mouvement. Comme explication, autant que j'en ai pu juger à la lecture faite par M. Dubois, je n'ai pu remarquer aucune nouvelle analyse et ce n'est qu'une contribution de plus à la psychologie morbide. Le Dr Meige dans plusieurs travaux et surtout l'école de Brissaud ont presque formulé toutes les grandes données cliniques qu'offre la mentalité des tiqueurs.

V.

NOTES & INFORMATIONS

(Nous prions nos collègues, les Médecins des Asiles et les Directeurs de Laboratoires, de vouloir bien nous envoyer leurs rapports et tous documents susceptibles d'être analysés).

Statistique de la paralysie générale. — A Hoffe a, dans *l'Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (Janvier 1902), donné une suite de statistiques très complètes comme contribution à la connaissance de la paralysie générale. Ces statistiques concernent 2595 cas observés à l'asile provincial Rittergut alt-Scherbitz de 1876 à 1894.

Le tableau suivant donne le pourcentage de chaque cause principale reconnue agissant avec d'autres causes chez les hommes et les femmes.

Influence héréditaire : 32.3	Excès sexuels : 7,8,
Disposition anormale : 2,6.	Traumatisme de la tête : 11,4.
Syphilis ; 20,2.	Emotions : 18,8.
Syphilis probable : 4,6.	Surmenage : 9,1.
Alcoolisme : 19,8.	Autres causes : 16,6.

Digitized by Google

On remarquera la proportion des cas où la syphilis a paru jouer un rôle étiologique. Avec les tendances actuelles, cette proportion paraîtra faible à certains. L'alcoolisme a été relevé aussi souvent que la syphilis. Et c'est là une cause que l'on poursuit moins aujourd'hui dans la recherche des anamnèses en présence des paralytiques généraux.

Poids des Cerveaux chez les aliénées criminelles. — M. John Baker donne, dans *The journal of mental science* (janvier 1902), les poids des cerveaux qu'il a pu observer chez différents types de femmes aliénées criminelles et à différents âges. La mesure est en onces. On sait que l'once anglaise vaut : 28 grammes 35. Le tableau suivant donne le poids moyen des sujets observés.

De 20 à 30 ans :
Femmes normales : 43,7.
7 Homicides : 40.
5 voleuses : 39,4.

De 30 à 40 ans :
Femmes normales : 43.
12 Homicides : 42,5,
7 voleuses : 38,6.

De 40 à 50 ans :
Femmes normales : 42,8.
19 Homicides : 42,5.
12 voleuses : 39,5.

De 50 à 60 ans :
Femmes normales : 43,1.
13 Homicides : 43.
5 voleuses : 43.

De 60 à 70 ans :
Femmes normales : 42.
17 Homicides : 41.
5 voleuses : 40,8.

De 70 à 80 ans :
Femmes normales : 41.
9 Homicides : 41.

On voit que les délinquantes ont un cerveau moins pesant que les femmes normales. Les meutrières sont à ce point de vue mieux douées que les voleuses, peut-être parce qu'elles sont plus robustes.

La Pellagre à l'asile du Caire. — M. John Warnock signale l'existence des aliénations provoquées par la pellagre à l'asile du Caire dans *The Journal of mental science* (janvier 1902). Il donne la statistique des cas observés à l'admission des aliénés dans ces dernières années.

En 1896, 11 cas dont 9 hommes et 2 femmes.
En 1897, 13 cas dont 10 hommes et 23 femmes.
En 1898, 29 cas dont 10 hommes et 39 femmes.
En 1899, 14 cas dont 19 hommes et 33 femmes.
En 1900, 27 cas dont 8 hommes et 35 femmes.

L'auteur a remarqué que l'internement était dû le plus souvent à des états de mélancolie avec tendance au suicide ; il a noté de fréquentes hallucinations du tact, des états d'excitation maniaque, des symptômes de démence. Il y a même une forme qu'il est difficile de différencier d'avec la paralysie générale ; elle est caractérisée par une exagération du sentiment de bien être, physique et mental. Mais l'aspect des lésions de la pellagre est suffisamment distinctive.

Les réactions pupillaires sont difficilement visibles chez les Arabes, à cause de l'iris qui est noir, et souvent aussi à cause des maladies fréquentes des yeux (opacité de la cornée, adhérences de

Digitized by Google

l'iris, etc.) Mais dans les cas qu'il a observés jusqu'alors, la parole n'est pas atteinte; et il y a là un moyen de diagnostic.

Examen nécropsique du meurtrier Czolgosz. — M. Ed. Anthony Spitzka publie dans *The journal of mental pathology*, quelques résultats intéressants de l'examen nécropsique de Léon Czolgosz, l'assasssin du président Mac Kinley. Voici à cet égard quelques chiffres.

Les mesures de la tête étaient les suivantes :

	Centimètres.
Circonférence maxima	54.6
Diamètre antéro-postérieur maximum	18.7
Diamètre cortical maximum	15.5
Index céphalique	82.88
Diamètre bi-auriculaire	15.0
Longueur de la face	9.2
Diamètre bi-zygomatique	14.5
Diamètre frontal minimum	12.0
Diamètre glabelle-inion	19.1
Du vertex à la ligne des cheveux	12.0
De la ligne des cheveux à la racine du nez	6.0
De la racine du nez à sa base	5.3
De la base du nez au menton	7.0
Du vertex au menton (diamètre)	25.4
Ecartement des pupilles des yeux	6.8
Longueur du nez à sa base	3.4
Longueur interne de la bouche	4.0
Longueur externe de la bouche	5.0
Longueur des oreilles	6.1

La tête de Czolgosz appartiendrait au type sous-brachycéphale. Voici quel était le poids de son encéphale :

Hémisphère gauche	585 gr.
Hémisphère droit	600 gr.
Cervelet	166 gr.
Isthme	64 gr.
	1415 gr.

Il n'y avait pas de lésions apparentes de l'encéphale.

Vitesse de l'onde sanguine dans la veille et le sommeil. — M. Patrizzi a étudié, ce que personne n'avait fait encore avant lui, la rapidité de l'onde pulsative pendant la veille et le sommeil normal.

Son sujet était un homme de 30 ans, qui, à la suite d'un accident de son enfance, avait une large brèche crânienne. Avec un dispositif commode et n'empêchant pas le sommeil (Techniques de Mosso) l'auteur prenait les courbes pléthysmographiques du cerveau et des pieds. Il faisait aboutir les deux ondes à un seul tambour inscripteur : c'était donc sur la même courbe que se manifes-

Digitized by Google

taient les deux ondes. Le papier enfumé était rattaché à la branche d'un diapason et vibrait avec elle, en sorte que les vibrations s'inscrivaient sur la courbe pléthysmographique elle-même. Et on pouvait ainsi compter, de la façon la plus précise, le retard d'une onde sur l'autre, par un certain nombre de vibrations du diapason, représentant des cinquantièmes de seconde. Or, l'écart est dans la veille de 8 environ ou 0"16 et dans le sommeil de 9 et 10 ou 0"18 à 0"20.

Or, la distance de l'origine de l'aorte au vertex étant, dans ce cas, de 0m30, et à l'extrémité du membre inférieur de 1m34, la différence 1m4 était parcourue en 0"16 dans la veille, 0"18 dans le sommeil.

Donc, la vitesse de propagation de l'onde pulsative est dans la veille de 6m50 par seconde, de 5m77 dans le sommeil, d'où un ralentissement dans le sommeil physiologique d'environ 80 centimètres par seconde.

Alcool et Travail musculaire. — M. Casarini a publié, dans le *Bullettino della Societa médico chirurgica di Modena*, des courbes et des tableaux du travail effectué, dans l'ergographie crurale, en diverses conditions. Voici les résultats de l'influence de l'alcool (donné sous la forme de Vin de Marsala à 14°) sur le travail exprimé en kilogrammètres.

A. Excitation électrique. Jambe : poids 0 k. 700. Bras : poids 1 k.

	JAMBE		AVANT-BRAS		GR. D'ALCOOL
	Etat norm.	Sous l'influence de l'alcool	Etat norm.	Sous l'influence de l'alcool	
1 B	1,300	1,580	1,032	1,164	100
2 —	1,149	0,897	1,118	1,012	200
3 —	1,069	0,647	1,180	1,091	400
4 C	0,882	1,014	0,912	1,031	100
5 —	0,950	0,780	1,224	1,136	200
6 —	0,882	0,682	1,219	1,117	400

B. Excitation volontaire. Rythme : 2". Jambe : poids 20 k. Bras : poids 3 k.

1 B	29,26	40,02	3,744	3,849	100
2 C	24,00	35,88	4,146	4,335	100

On peut voir qu'à petite dose l'alcool augmente le travail et le diminue à dose plus forte sans qu'il y ait proportionnalité continue.

L'augmentation de la capacité apparente du travail, sous l'excitation volontaire, est plus forte que celle de la capacité vraie sous l'excitation électrique.

Les signes physiques de l'intelligence. — M. Vaschide et Mlle Pelletier ont consacré des études expérimentales bien conduites aux rapports des mesures anthropologiques avec l'intelligence (Acad. des Sciences, 7 oct. 1901). Les études ont porté sur 300 enfants des deux sexes, de 8 à 13 ans, examinés dans les écoles. L'intelligence a été étudiée par l'un des expérimentateurs

Digitized by Google

au moyen de l'ensemble des notes de l'élève, des renseignements particuliers du directeur et de quelques tests. Les mesures ont été prises par l'autre collaborateur en toute ignorance de la nature des sujets mesurés, ce qui était une excellente méthode. Les résultats portent principalement sur l'indice cubique de la tête, demi-produit des trois diamètres céphaliques (métopique, tranversal et vertical). Les résultats sont en effet très nets, que les enfants soient sériés d'après leur âge, ou d'après leur hauteur.

Voici quelques chiffres à cet égard, portant sur 150 des sujets étudiés :

I. Indices cubiques et ages :

8 ans :
Garçons intelligents : 1607,7.
Garçons non intelligents : 1527,8.
9 ans :
Garçons intelligents : 1635,9.
Garçons non intelligents : 1613.
Filles intelligentes : 1513,8.
Filles non intelligentes : 1145,9.
11 ans :
Garçons intelligents : 1721,5.
Garçons non intelligents : 1603,2.
Filles intelligentes : 1561,2.
Filles non intelligentes : 1512.

II. Indices cubiques et tailles :

De 1m17 à 1m20 :
Garçons intelligents : 1514.
Garçons non intelligents : 1485.
Filles intelligentes : 1450.
Filles non intelligents : 1399.
De 1m28 à 1m29 :
Garçons intelligents : 1676.
Garçons non intelligents : 1622.
De 1m39 à 1m43 :
Garçons intelligents : 1732.
Garçons non intelligents : 1724.
Filles intelligentes : 1589.
Filles non intelligentes : 1526.

Un cas curieux d'anesthésie tactile. — M. L. Manouvrier a publié dans la *Revue de l'Ecole d'anthropologie* (Janvier 1902) des notes sur les prodiges humains présentés à l'Exhibition Barnum et Bailey ; il a remarqué quelques particularités intéressantes au milieu de plusieurs supercheries. Parmi les phénomènes curieux, notons celui-ci :

« *L'homme pelote d'épingles.* — Celui-ci se transperce complètement la langue, les joues, les bras, etc., avec de longues épingles à chapeaux, cela sans douleur et sans perdre une goutte de sang. Cette analgésie est assez fréquemment observée chez certains malades pour ne pas étonner des médecins. Mais l'artiste est un homme d'apparence normale et robuste qui ne semblerait pas, a priori, devoir présenter cette particularité pathologique. On nous raconte qu'il aurait été victime, il y a une douzaine d'années d'un accident de chemin de fer à la suite duquel il aurait supporté, sans souffrance et sans le secours des anesthésiques, l'amputation du pouce. C'est croyable. Il se pourrait même qu'à la faveur d'une analgésie temporaire il ait pu se transpercer sans accident diverses parties du corps. Supposons qu'il ait renouvelé un certain nombre de fois cette opération en un même point de la langue. Alors l'épingle introduite en ce point s'enfoncerait sans difficulté.

Digitized by Google

suivant toujours son trajet habituel et sans douleur comme sans effusion de sang, alors même que l'état pathologique survenu il y a douze ans aurait complètement disparu. Le sujet montre, il est vrai, sa langue avant de la transpercer. Mais la solution de continuité du tissu, si réellement elle était pratiquée d'avance, serait à peine visible à la loupe, moins visible encore que ne l'est, chez beaucoup de femmes, le pertuis qui livre souvent passage, également sans douleur et sans effusion de sang, à leurs boucles d'oreilles. Cela dit, en ce qui concerne l'artiste en question, sous les réserves que de droit. Son travail est, en tout cas, fort habile et curieux. »

Traitement de l'alcoolisme par le dégoût de l'alcool. — M. Radabiné donne, dans la *France médicale* du 25 janvier 1902, quelques renseignements sur un traitement de l'alcoolisme qui se pratique à Madagascar : « Ce traitement a été inventé nous ne savons par qui, et employé d'ailleurs dans quelques rares localités en France. On prend une petite anguille de rivière ou une portion d'une grosse ; on gratte avec le dos d'un couteau la substance mucilagineuse, gluante, qui est à sa surface et qui rend l'anguille vivante si difficile à maintenir ; puis on la dissout daus un verre de rhum qu'on donne à boire au malade. Il le boit sans se douter de la préparation qu'il a subie, et, quelques minutes après, sa figure change ; il prend un air inquiet ; un goût nauseux lui vient à la bouche et il rend tout son alcool. Lorsque cette opération a été faite par la famille dans le plus grand secret, le malade peut être guéri, car, ignorant la préparation qu'a subie le rhum, il attribue à tout alcool la même propriété, et cesse enfin de boire afin de ne plus ressentir ce malaise, qui est extrême. Nous avons vu une guérison complète par ce procédé.

On peut au lieu de râcler le corps de l'anguille, la laver dans le rhum.

D'autres fois, c'est le vahivoraka qu'on met à macérer dans l'alcool ; il faut être un buveur bien endurci pour pouvoir supporter sans vomir cette macération. On le donne à boire au malade non prévenu, les suites ne se font pas attendre : vomissements, diarrhée cholériforme très abondante accompagnée de douleurs abdominales. Cette diarrhée séreuse, comparable à celle du choléra asiatique, dure ordinairement de dix à douze heures, puis la guérison survient, laissant après elle un grand épuisement ; les malades sont corrigés pour un certain temps.

Mais ce rémède s'emploie plus rarement que le précédent, il est dangereux : si l'ingestion d'alcool au varivoraka a été trop grande, la diarrhée persiste, des sueurs froides apparaissent, des vertiges, des syncopes, puis la mort dans l'hypothermie au bout de deux ou trois jours.

Ces deux méthodes étaient fréquemment employées par les familles ; on n'appelait le médecin que dans les cas extrêmes ; les familles, d'ordinaire lorsqu'elles voyaient un de leurs membres s'alcooliser, préparaient en secret l'alcool funeste au buveur. »

Digitized by Google

Etablissement du prix de revient d'un aliéné assisté dans un asile. — M. Le Conte, maître des requêtes à la Cour des Comptes et membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, a fixé les bases d'un établissement rationnel du prix de revient d'un malade. Voici la méthode qu'il a proposée (*Mémoire du Préfet au Conseil général de la Seine sur le service des aliénés 1901.*)

« Déclarons d'abord que le prix de revient doit être le résultat de la division de la totalité des dépenses par le nombre des journées de traitement de l'année. Mais comme il convient de ne comprendre dans le calcul, d'une part, que les dépenses de l'exercice envisagé, et, d'autre part, que les dépenses réellement effectuées pour les aliénés, dégagées de celles qui donnent lieu à des remboursements et diminuées de certaines recettes en atténuation de dépenses, voici le cadre à suivre que je proposerais.

On prendrait le total des dépenses de l'asile; on y ajouterait les restes à payer de l'exercice envisagé ; du total ainsi obtenu on déduirait :

1° Les restes à payer des exercices antérieurs ;

2° Les dépenses d'ordre remboursées à l'asile jusqu'à concurrence des remboursements, savoir :

Frais de transférement d'aliénés;

Avances aux aliénés sortants sur leur dépôt-patrimoine ;

Secours aux aliénés sortants et nécessiteux (legs d'André) (montant de la recette) ;

Avances pour le compte des familles;

Restitutions de trop-perçu ;

Fonctionnement de la fondation Vallée (montant de la recette ; article spécial à Sainte-Anne).

3° Le montant des recettes compensatrices ou recettes en atténuation de dépenses, savoir :

Produit de la vente des os et objets hors de service ;

Montant de la vente des produits excédant les besoins de l'établissement ;

Recettes accidentelles (celles seulement ayant le caractère de remboursement);

Subvention de la ville de Paris pour les bains externes (article spécial à Sainte-Anne) ;

Subvention de la Ville de Paris pour le service dentaire (article spécial à Sainte-Anne) ;

Produits récoltés (partie ayant servi à la consommation de l'établissement) ;

Produit du travail des aliénés (partie ayant servi à la consommation de l'établissement).

On additionnerait ces déductions et on déduirait le total ainsi obtenu du total général des dépenses mentionnées plus haut (total augmenté des restes à payer). On diviserait enfin la différence trouvée par le nombre des journées de traitement ; le quotient

Digitized by Google

obtenu serait le prix de revient d'une journée d'aliéné au point de vue de l'asile.

Il y a un autre prix de revient au point de vue du budget départemental : c'est le prix total que coûte par jour un aliéné au département de la Seine; or il comprend d'abord le premier prix recherché plus haut, plus une quote-part dans les frais généraux à la charge du budget départemental. Ces frais généraux résultent principalement de grosses réparations et de l'entretien des bâtiments, des frais de transport, de visite et de surveillance des malades appartenant à la Préfecture de police, des frais de même nature pour les aliénés appartenant au département de la Seine ou placés pour son compte, des frais de personnel du bureau des aliénés et de la recette des asiles, de frais de la Commission de surveillance, etc.

Ces frais généraux augmentent le prix de revient journalier d'un malade pour le Département. Ils ne doivent pas, à la vérité, réagir sur le prix de journée que le département doit attribuer à chaque asile, lequel doit se rapprocher le plus exactement que possible des frais supportés par le budget particulier de chaque maison; mais ne doivent-ils pas influer sur le prix de journée que le département pourrait réclamer à ses débiteurs? Quoique la question soit en quelque sorte étrangère à nos attributions, j'estime toutefois que la Commission, qui peut-être est mieux placée que toute autre autorité pour éclairer le Conseil général sur ses droits et sur ses intérêts, fera œuvre utile en signalant la question à son attention.

Pour ma part, je me demande pourquoi le Département, quand il se récupère en totalité ou en partie sur les familles ou autres débiteurs des frais occasionnés par les aliénés, borne ses revendications aux frais d'entretien et de séjour relevés dans chaque maison en en excluant les frais de transport, ceux d'inspection, de surveillance d'administration, de perception, tous frais recommandés par le service des Aliénés? Est-il bien rationnel que le budget départemental, grevé du chef des aliénés d'une charge déjà considérable, qui ne peut malheureusement que s'accroître rapidement d'année en année, supporte encore à lui seul et sans partage toute une série de dépenses qui par leur nature seraient remboursables au même titre que les autres?

Fonctions des médecins-adjoints des asiles. — Le Conseil général de l'Yonne a, sur la proposition de MM. les Drs Ch. Laubry et Eug. Petit, émis le vœu que *les médecins adjoints des asiles d'aliénés soient chargés, sous leur propre responsabilité, d'un service autonome et indépendant, et invite l'administration supérieure à modifier dans ce sens les termes du règlement du 20 mars 1857.*

Asiles de la Seine. — *Construction d'asiles.* — Dans sa séance du 13 janvier 1902, le Conseil général de la Seine a voté : 1° la somme de 2,500,000 francs pour l'achèvement de l'asile de Maison-Blanche ; 2° la somme de 1,000,000 de francs pour la construction d'un asile d'aliénés vicieux ; 3° la somme de 6,000,000 de francs pour la construction d'un sixième asile d'aliénés.

Digitized by Google

Ecole pratique des Hautes-Etudes : *Laboratoire de Psychologie expérimentale à l'asile de Villejuif;* Directeur : Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile. — Des travaux pratiques ont lieu au Laboratoire, le mercredi, de 2 à 5 h., sous la direction de M. N. Vaschide, chef des travaux, avec l'aide de M. Piéron, préparateur. Le Directeur est à la disposition des élèves le mercredi après-midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales de la Psychologie Zoologique (1902, 2e ann., n° 1).

Hachet-Souplet (P.). Notes psychologiques sur les animaux de Barnum et Bailey, 1-11. — **Petit (Eugène).** Installation du laboratoire de psychologie zoologique, 11-13. — **Sarcé (C.).** Un moyen psychologique d'éloigner les corbeaux, 13-14. — **P. H. S.** Le discours sur l'instinct, prononcé par M. Ed. Perrier, de l'Académie des Sciences, 15-18; Le critérium de l'intelligence animale, 18-20; Les arts et métiers chez les animaux, 21-22. — **Maréchal (Ph.).** Supériorité des animaux sur l'homme, 22-24.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1902, janvier, XLVII, n° 1).

Maxwell (M.). De quelques cas de responsabilité médicale, 56-77.

Annales médico-psychologiques (1902, 8e S., janv.-février, XV, n° 1).

Pilcz. Sur les Psychoses chez les Juifs, 5-20. — **Viallon.** Suicide et Folie *(suite)*, 21-36. — **Maupaté (L.).** Du Langage chez les Idiots *(suite)*, 37-49. — **Anglade.** De la Propagation de la Tuberculose par les Bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les Asiles d'Aliénés, 50-71. — **Garnier (Samuel).** De la Protection de la Fortune des Malades dans les Etablissements d'Aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être *(suite)*, 59-71. — **Cullerre (A.).** Documents d'Outre-Mer, 72-82. — **Sollier (Paul).** Un Cas d'Hypocondrie terminé par la Mort. Comm. Soc. méd.-psych., 83-92. Discussion : **Toulouse, Sollier, Arnaud-Séglas et Darcanne.** Le Dermographisme chez les Aliénés. Comm. Soc. méd.-psych., 92-100. Discussion : **Toulouse, Briand, Séglas, Doutrebente, Arnaud, Dupain, Joffroy.**

Archives d'Anthropologie criminelle (1902, XVII, n° 97, 15 janvier).

Vaschide (N.) et Vurpas (Cl.). Extrospection délirante et genèse d'autosuggestion par Introspection, 10-45.

Archives de Neurologie (1902, 2e s., janvier, XIII, n° 73).

Cochez (A.). Hémorrhagie méningée spinale en dehors de la dure-mère, 42-44.

Bulletin de la Société Centrale de Médecine du Dépt du Nord (1901, 2e S., 27 décembre, V, n° 10).

Delbecq et Letailleur (V.). L'Obstétrique à la campagne : A propos d'un cas d'hydrocéphalie, 251-258.

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1902, 3e S., XIXe année).

Variot (G.). Hypertrophie du cerveau simulant l'hydrocéphalie chez

Digitized by Google

un enfant de seize mois, n° 1, 16 janvier, 20-22. — **Nageotte** et **Jamet**. Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans quarante-cinq cas d'affections nerveuses et mentales (épilepsie, vésanies, paralysie générale, lésions en foyer), n° 2, 23 janv., 29-33. Discussion : **Vidal, Nageotte, Joffroy, Dufour.**

Bulletin Médical (1902, XVI° année).

Marandon de Montyel. De l'état des pupilles dans la vésanie aiguë et chronique, n° 9, 29 janv., 95-98. — **Lambret (Dr O.).** Des modifications des réflexes dans les traumatismes médullaires, n° 10, 1er févr., 105-107.

Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences de Paris (1902, janv., CXXXIV).

Bra (H.). De la présence d'un parasite dans le sang des épileptiques, n° 1, 50-52. — **Bohn (Georges).** Théorie biologique de la vision, n° 3, 20 janvier, 184-186.

Comptes-Rendus de la Société de Biologie (1902, LIV).

Joteyko (J.) et **Stefanowska (M.).** De l'envahissement successif par l'anesthésie des centres nerveux sensitifs et moteurs de l'écorce cérébrale ; l'Anesthésie comme procédé de dissociation des propriétés sensitives et motrices du système nerveux, n° 1, 31-33. — **Féré (Ch.).** Note sur l'action physiologique de l'ergotine, n° 2, 24 janvier, 48-52. — **Cluzet (M. J.).** Sur la loi d'excitation des nerfs présentant des syndromes de dégenérescence, n° 2, 24 janvier, 70-72. — **Sabrazès (M. M.)** et **Mathis (L.).** Note sur l'état du sang dans la syphilis, le tabes et la paralysie générale, n° 2, 24 janvier, 74. — **Féré (Ch.).** Note sur l'influence dépressive sur le travail manuel de l'introduction directe de peptones dans l'estomac, n° 3, 31 janvier, 79-80.

Echo Médical de Lyon (1902, VII° année, 15 janvier n° 1).

Lépinay (F.). Essai anatomo-pathologique sur l'étude du lobe frontal, en dehors de la région motrice, 9-12.

Gazette Médicale de Paris (1902, 12° S., LXXIII° année).

Toulouse (E.). Classification décimale des maladies mentales, n° 4, 25 janvier, 25-28.

Lyon Médical (1902, janvier, XCVIII).

Moncorgé. De l'exagération des réflexes rotuliens chez les asthmatiques, n° 2, 12 janvier, 46-48.

Presse Médicale (1902).

Constensoux (M. G.). La rééducation du tronc chez les tabétiques, n° 3, 8 janvier, 29-30. — **Jarvis (Ch.).** Le procès, l'exécution, l'autopsie, l'état mental de Czolgosz, l'assassin de Mac-Kinley, n° 6, janvier, 67-68. — **Sicard (A.).** Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien ; Hémorrhagies du névraxe ; Méningites ; Ictères, n° 8, 25 janvier, 90-92.

Progrès Médical (1902, 3° S., XV).

Brissaud (E.) et **Péchin (A.).** Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale (Epilepsie jacksonienne, Dysarthrie, paralysie oculaire), n° 3, 18 janvier, 33-37.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1902, XII° année, janvier, n° 1).

Manouvrier (L.). Notes sur quelques prodiges humains exhibés à Paris en 1901, 11-19.

Revue de Médecine (1902, XXII° année, 10 janvier, n° 1).

Féré (Ch.). Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion, 1-19. — **Valentino (Ch.).** Du mode d'action de l'alcool sur l'économie dans l'alcoolisme aigu ; l'alcool comme toxique et comme déshydratant, 73-95.

Digitized by Google

Revue de Médecine légale (1902, janvier, n° 1).

Toulouse (E.). Du rôle du médecin praticien dans l'internement d'un aliéné, 15-17.

Revue Neurologique (1902, x° année).

Huet (E.) et **Cestan (R.).** Sur deux cas de syringomyélie à topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs, 3 fig., n° 1, 15 janvier, 1-13. — **Ladame** (de Genève). La question de l'aphasie motrice sous-corticale, 1 fig., n° 1, 15 janvier, 13-18. — **Scherb** (d'Alger). Confusion mentale et syndrome cérébelleux au cours de l'urémie; Excellent effet de la lombo-ponction, n° 1, 15 janvier, 19-23. — C. R. de la Soc. de Neurologie, séance du 9 janvier 1902, n° 1, 15 janvier, 50-72.

Revue Philosophique (1902, XXVII, janvier, n° 1).

Bergson (H.). L'effort intellectuel, 1-27. — **Dumas (G.).** L'état Mental de Saint-Simon, 57-84. — **Cyon (E. de).** La solution scientifique du problème de l'espace, 85-89.

Tribune Médicale (1902, XXXV, 2e s.).

Variot (G.). Hypertrophie simple du cerveau simulant l'hydrocéphalie chez un enfant de seize mois, n° 3, 15 janvier, 50-51.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Le Gall. Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique, 15 janvier. — **Bacaresse.** Considérations étiologiques sur le syndrome de Little, 16 janvier. — **Geyer.** Etude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen, 29 janvier.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1902, LVIII, Bd 6, Heft, 21 janvier).

Näcke (P.). Einige « innere » somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den innern Hauptorganen des Menschen, 1.009-1.078. — **Hoppe (Adolf.).** Statistischer Beitrag zur Kenntniss der progressiven Paralyse, 1.079-1.111. — **Sklarck (Franz).** Köperlänge und Körpergewicht bei idiotischen Kindern, 1.112-1.125. — **Kaiser (O.).** Katatonie mit hysterischen Krämpfen und Dämmerzuständen, 1.126-1.159. — **Van Brero (P. C. J.).** Arzt der Staatsirrenanstalt zu Buitenzorg (Java), 1.160-1.163).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1901-XXIV Jahrg. Neue Folge, XII. Bd., n° 143, 27 Déc.).

Kraepelin. Die Heidelberger Wachabtheilung für unruhige Kranke, 705-714.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, 1, Sept., XI, Heft 1, Janv.).

Oppenheim (H.). in Berlin. — Notiz zur Symptomatologie der Hemiplegie, 1-3. — **Probst (M.).** Zur Kenntnis der Schleifenschicht und über centripetale Rückenmarksfasern zum Deiters'schen Kern, zum Schlügel und zur Substantia reticularis, 3-12. — **Rascke.** Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen, 12-30. — **Storch (E.).** Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen, unter Berücksichtigung ihrer muskulären Komponenten, 31-55. — **Zichen (Th.).** Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit; Kritische Uebersicht, 55-59.

Digitized by Google

ANGLETERRE

The Journal of Mental Science (1902, XLVIII, janvier, n° 200).

Warnock (John). Some Cases of Pellagrous Insanity, 1-9. — **Mac Donald (P. U.).** M. D. Note on the Prefrontal Lobes and the Localisation of Mental Functions, 9-13. — **Baker (John).** Female Criminale Lunatics: a Sketch, 13-28. — **Sullivan (W. C.).** Crime in General Paralysis, 28-44. — **Conolly Norman.** — Notes on Hallucinations, 45-53. — **Robertson (Alex.).** Case of Unilateral Hallucinations of Hearing, chiefly Musical; with Remarks on the Formation of Psycho-cerebral Images, 54-58. — **Blachford (J. B.).** Degeneration of the Optic Thalami (Preliminary Note), 58-64. — **Steiger (Adèle de).** Two Cases of Lipoma of the Brain, 64-66. — **Urquhart (A. R.)** and **Ford Robertson (W.).** A Case of Epilepsy following Traumatic Lesion of Prefrontal Lobe, 66-70.

Mind (1902, N. S., janvier, n° 41).

Bradley (F. H.). On Active Attention, 1-30. — **Benn (A. W.).** The Later Ontology of Plato, 31-53. — **Mackenzie (J. S.).** The Hegelian Point of View. 54-71. — **Singer (Edgar A.).** Choice and Nature, 72-91.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1902, VIIe année).

Parhon et **Goldstein.** Quelques nouvelles Contributions à l'étude des Localisations médullaires, n° 1, 5 janvier, 1-17. — **Crocq (J.).** Le Réflexe du Fascia lata, n° 2, 20 janvier, 23-35.

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique (1901, décembre, n° 103).

Ley. Un enfant d'idiote. Importance du placement des filles idiotes dans des institutions spéciales, 309-316. — **Kovalevsky.** L'alcoolisme au point de vue médico-légal *(2e suite et fin)*, 317-333.

ÉTATS-UNIS

Alienist and Neurologist (1902, XXIII, janvier, n° 1).

Elvin Courtney (J.). Manual Stigmata of Degeneration, 9-10. — **Seligmann M. R.** Sexual inversion among primitive races, 11-15. — **Talbot (E. S.).** Juvenile Female Delinquents, 16-26. — **Schœnfeld (H.).** Clinical Observations on a new hypnotic, 27-39. — **Hughes (Charles Hamilton).** Medical Aspects of the Golgosz Case, 40-52. — **Drahms** (Rev. **August**). Leon F. Czolgosz, 53-57. — **Kiernan (James G.).** Consciousness and the neural structure; A Physio-Psychical Review, 58-63.

The Journal of Mental Pathology (1901-1902, I, n° 4-5, December 1901 — January 1902).

Mac Donald (Carlos F.) and **Spitzka (Edw. A.).** The Trial, Execution, Autopsy and Mental Status of Leon F. Czolgosz, Alias Fred Nieman, the Assassin of President Mac-Kinley, 179-209. — **Semidadolow (B.)** and **Veidengammer (V. V.).** Acute delirium, 210-214. — **Treves (Marco).** On the Frequency and Significance of Transverse Striae of the Finger Nails, 215-218. — **Robinovitch.** A Clinical Study of Morbid Obsessions and Impulses, 219-231.

The Journal of Nervous and Mental Disease (1902, XIX, janvier, n° 1).

Walker (U. K.). Report of a Case of Epilepsy Presenting as Symptoms Night Terrors; Impellant Ideas, Complicated Anatomatisms, with

Digitized by Google

subsequent Development of Convulsive Motor Seizures and Psychical Averration, 23-33. — **Mitchell (John K.)**. A Case of Myelitis Exhibiting the Results of Coodination Exercises, 34-36. — C. R. New-York Neurological Society October, 1901, 37-40. — C. R. Philadelphia Neurological Society, 22 October 1901, 41-43.

The Monist (1902, XII, janvier, n° 2).

Vaschide (N.). Experimental Investigations of Telepathic Hallucinations, 273-307.

ITALIE

Annali di Freniatria e Scienze affini (1901, XI, F. IV, décembre).

Pellizzi (G. B.). Studi clinici ed anatomo-patologici sull' idiozia, 289-306. — **Marro (Giovanni)**. Sopra un caso di timo persistente in un uomo di 52 anni, 339-344. — **Burzio (F.)**. Relazione sull' undicesimo Congresso della Societa Freniatrica Italiana in Ancona (dal 29 Settembre al 3 ottobre 1901), 345-350. — **Tirelli (V.)**. Alterazioni del sangue da freddo, 317-331. — **Sotgia (G. M.)**. La permeabilità renale al bleu di metilene négli épileticci, 334-338. — **Marotta (N.)**. L'elezione sessuale e l'elevazione estetica, 351-371.

Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale (1902, XXIII, n° 1).

Lombroso. Giuseppe Musolino (con una figura nel testo), 1-10. — **Parnisetti**. Anomalie del poligono arterioso del Willis nei delinquenti in rapporto con alterazioni del cervello e del cuore (con una tavola), 11-27. — **Roncoroni e Sanna-Salaris**. Le frenosi con alterazione dell'emotività in Sardegna, 28-42. — **Mariani e Prati**. Nuovo goniometro per misurare l'angolo facciale, il prognatismo e tutti gli altri elementi del triangolo facciale (con 2 figure nel testo), 43-48. — **Lumbroso**. Nota per la storia della delinquenza in Sardegna, 49-53.

Il Manicomio archivio di psichiatria e scienze affini (190 , Année XVII, n° 3).

Mondio. Psicosi isterica e mioclonia, 301-318. — **Del Greco**. Valore e limiti dell' indagine psicologica negli studi psichiatrici e di antropologia criminale (Corpo e mente), 319-363. — **Angiolella**. Sopra una forma speciale di negativismo mnemonico, 364-395. — **Masi**. La stereoradiografia del cranio, 396 398. — **Tomasini**. Sulla Patogenesi dell' oto ematoma negli alienati, 399-404.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1902, VII, janvier, n° 1).

Obici (G.). Ricerche comparative sulla resistenza globulare nei vecchi alienati e nei vecchi normali, 1-10. — **Pellizzi (G. B.)**. Fatti clinici ed istologici in rapporto ai rammollimenti che circondano certi tumori cerebrali, 11-19.

Rivista Mensile di Psichiatria Forense, Antropologia Criminale e scienze affini (1902, V° ann., janvier, n° 1).

De Blasio (A.). Nuove ricerche intorno al tatuaggio psichico dei delinquenti napoletani, 1-11. — **Penta (P.)**. Sulla responsabilità diminuita, 12-18.

Revue de Psychiatrie. — Nouvelle série dirigée par le Dr Toulouse, de 1897 à 1901. — Prix : 40 francs.

Chaque année : prix, 10 francs.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (21-II-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LES ALIÉNÉS DEVANT LES TRIBUNAUX
(Aliénés méconnnus et condamnés)

Par le Dr F. PACTET

Médecin en chef de l'Asile de Villejuif

Nous ne nous proposons pas, dans cet article, d'examiner toutes les circonstances dans lesquelles les aliénés peuvent avoir affaire à la justice. Laissant de côté ce qui a trait à l'appréciation de la capacité civile, nous nous bornerons à appeler l'attention sur les condamnations qui frappent encore fréquemment des aliénés pour des actes délictueux ou criminels qui sont la conséquence immédiate de leur maladie mentale, bien que l'article 64 du code pénal déclare, de façon explicite, qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Etablir par des faits indiscutables la réalité des condamnations atteignant des aliénés, rechercher les conditions dans lesquelles prennent naissance ces erreurs judiciaires et exposer les moyens qui nous semblent efficaces pour les rendre plus rares, sinon les faire complètement disparaître, voilà le but que nous nous sommes tracé.

***

C'est un fait d'observation banale que la perturbation des facultés mentales, résultant de la maladie, conduit souvent les aliénés à commettre des délits et même des crimes. Pour ainsi dire, toute la série des actes prévus et punis par le code peut se présenter au médecin-expert chargé d'apprécier l'état mental des délinquants et d'établir le degré de leur responsabilité. Cependant, ceux que l'on rencontre le plus communément, à titre de manifestation d'un état morbide des facultés psychiques, sont le vol, les actes érotiques, l'incendie et l'homicide. Assez souvent, ce sera l'un de ces actes qui aura amené l'arrestation de l'aliéné, soit au début, soit à une période plus ou moins avancée de la maladie et qui aura entraîné l'ouverture d'une instruction judiciaire aboutissant à une ordonnance de non-lieu si une expertise médicale a permis d'indiquer au juge la véritable cause de l'acte incriminé, ou à une condamnation, au cas où l'état d'aliénation mentale n'est pas soupçonné par le magistrat-instructeur.

Passons rapidement en revue les différents délits que nous venons d'indiquer, en insistant un peu sur le caractère que leur imprime le trouble mental qui les commande.

Le vol est une manifestation fréquente de l'affaiblissement de

Digitized by Google

l'intelligence, que cette débilité intellectuelle soit congénitale ou le résultat d'une maladie encéphalique ; c'est le cas des paralytiques généraux, des déments, des imbéciles et des idiots. Il peut être aussi le résultat d'une névrose, comme l'épilepsie, ou la conséquence d'une obsession qui domine et anéantit momentanément la volonté du sujet.

A ces diverses situations cliniques correspondent des différences marquées dans l'accomplissement de l'acte et le *modus faciendi* constitue déjà, dans bien des cas, un indice qui est loin d'être négligeable pour l'expert, car il constitue une présomption de maladie et sert à orienter de suite ses investigations.

C'est ainsi qu'un individu, arrêté au moment où il dérobe à la devanture d'un magasin, à un étalage, un objet quelconque, n'ayant souvent qu'une valeur minime, ne présentant pour lui aucune utilité, tant au point de vue de l'usage qu'il en peut faire que du bénéfice qu'il pourrait en tirer en le revendant, et cela sans se préoccuper de savoir s'il est observé et sans prendre la moindre précaution pour n'être pas vu, trahit dans sa façon d'agir, par son incurie, un état anormal de l'intelligence : de l'affaiblissement, comme chez le dément ou le paralytique général, ou une obnubilation temporaire, comme chez l'épileptique, au cours d'accès vertigineux ou à la suite d'attaques comitiales. L'imbécile, l'idiot procède de même : chez lui aussi l'acte porte l'empreinte du défaut d'intelligence et le processus psychologique, dont il est l'aboutissant, ressemble en tous points à celui qui conduit un enfant en bas âge à étendre la main pour s'approprier un objet dont la vue a fait naître chez lui le désir de le posséder; c'est en quelque sorte, pourrait-on dire, un simple réflexe.

Bien différent des aliénés dont il vient d'être question, se révèle l'individu qui a l'obsession du vol, le kleptomane. Ici l'intelligence apparait dans son intégrité, elle permet au malade d'élaborer des combinaisons le plaçant dans les conditions les plus favorables pour lui assurer l'impunité et dès lors la difficulté, pour ne pas méconnaître l'état morbide, s'en trouve accrue, l'aliéné se présentant sous les apparences du délinquant ordinaire. Néanmoins, la situation sociale de la personne, les phénomènes subjectifs précédant et accompagnant l'acte, lutte et angoisse dont elle rend un compte fidèle, sont des éléments précieux pour déceler l'existence de l'obsession pathologique.

Dans les actes érotiques, nous trouvons encore le reflet de l'état mental du sujet. Le fait de découvrir en public ses organes génitaux n'est pas rare chez les aliénés et l'exhibitionnisme diffère au point de vue des circonstances où il se produit, suivant que l'on a affaire à telle ou telle catégorie de malades. Chez

Digitized by Google

les paralytiques généraux et les déments, comme pour le vol, l'acte est marqué au coin de l'inconscience et reflète la déchéance des facultés intellectuelles.

L'épileptique, tout en étant aussi inconscient que les déments, a de plus perdu le souvenir de l'action qu'on lui reproche et cette amnésie, il n'est pas superflu de le noter, a été quelquefois interprétée par des personnes incompétentes d'une façon défavorable au malade.

Enfin, dans les exhibitionnistes, il existe également des obsédés qui ont conscience de leur état, qui sont capables d'analyser leur situation et, néanmoins, sont irrésistiblement poussés à accomplir l'exhibition.

Parmi les actes érotiques qui peuvent conduire les aliénés devant les tribunaux, il convient encore de citer le fétichisme, le sadisme, le manochisme et la nécrophilie, anomalies de l'instinct sexuel qui ont fait l'objet d'intéressants travaux, pendant ces dernières années, en France et en Allemagne.

Les incendiaires fournissent aussi un assez fort contingent à l'aliénation mentale. Au nombre de ceux-ci, nous trouvons le pyromane, qui est l'analogue du kleptomane et de l'exhibitionniste obsédé; ce sont des malades de même catégorie, ne différant entre eux que par la nature de l'obsession qui est ici représentée par une impulsion maladive à allumer des incendies. A côté des pyromanes, il faut placer d'autres malades qui deviennent incendiaires, soit par suite d'idées délirantes ou d'hallucinations, ainsi que Marc en a rapporté plusieurs exemples, soit du fait de leur faiblesse intellectuelle, comme un certain nombre d'individus atteints d'idiotie ou d'imbécillité.

Enfin, des violences plus ou moins graves contre les personnes, allant jusqu'à l'homicide, peuvent être exercées par les aliénés. Le délire de persécution conduit, dans quelques cas, celui qui en est atteint, à se débarrasser, par des moyens violents, de la personne que ses conceptions délirantes lui représentent comme la cause des tourments qu'il endure. Les aliénés meurtriers se recrutent aussi parmi les épileptiques, les délirants mystiques, les individus sous le coup de certaines intoxications, comme l'intoxication alcoolique, et parmi ces malheureux qui, avec toutes les apparences de la raison et une conscience très nette de leur état, sont en proie à l'obsession homicide qui constitue souvent pour eux une torture de tous les instants et finissent, après une lutte héroïque, par y succomber.

***

Le rapide aperçu qui précède suffit à donner une idée de la fréquence des occasions où les aliénés peuvent se trouver aux prises avec l'autorité judiciaire. Voyons maintenant la situation qui

Digitized by Google

leur est faite à la suite d'un délit ou d'un crime. Nous avons déjà indiqué que l'article 64 du code pénal les exonère de toute responsabilité, et il semble, dès lors, que l'information judiciaire ouverte contre eux doit toujours aboutir à une ordonnance de non-lieu. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, le juge, frappé, au cours de l'instruction, de certaines anomalies qu'il constate chez le prévenu, songe à la possibilité de l'existence de l'aliénation mentale et ordonne une expertise médico-légale qui le fixera sur le degré de responsabilité du délinquant; mais ce serait une erreur de croire qu'il n'y ait jamais de dérogation à cette règle et que la sagacité du juge l'ait toujours conduit à désigner un expert chaque fois que l'aliénation mentale était la cause de l'acte incriminé. Un grand nombre d'aliénés, il faut bien le reconnaître, ont été et sont encore aujourd'hui, malgré la grande extension donnée dans ces dernières années aux expertises médico-légales, condamnés pour des délits qui sont simplement une manifestation de leur maladie mentale.

Ces erreurs judiciaires qui, contrairement à la lettre de la loi, envoie dans les établissements pénitentiaires des malades que réclame l'asile, ont de tout temps attiré l'attention de médecin qui se sont attachés à les signaler afin de les rendre moins fréquentes.

Dans la première moitié du siècle, il convient de citer, parmi ces médecins, Georget et Marc. Georget, dans l'*Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine,* dans lesquels l'aliénation mentale a été invoquée comme moyen de défense et, dans sa *Discussion médico-légale sur la folie*, indique déjà des condamnations qui ont frappé des aliénés. Il s'étend longuement, dans l'un de ces opuscules, sur le procès d'Henriette Cornier qui aboutit à la condamnation aux travaux forcés à perpétuité de cette jeune fille qui avait cédé à une obsession homicide d'ordre pathologique.

Un célèbre jurisconsulte allemand, Mittermeier, fit, vers 1830, auprès des médecins et des directeurs de prison de différents pays, une enquête qui aboutit à établir qu'on observait parfois des condamnés qui présentaient, dès leur entrée en prison ou quelques jours après, des accès de folie et que ces condamnés étaient aliénés au moment de l'accomplissement de leur délit et très probablement même plus ou moins longtemps auparavant.

Un médecin en chef des maisons de détention de Rouen, le docteur Vingtrinier, publia, en 1853, une statistique portant sur une période de trente-sept ans et sur quarante-trois mille inculpés, au nombre desquels il avait trouvé 263 aliénés. Parmi

Digitized by Google

ceux-ci, 176 avaient été signalés aux juges qui les avaient acquittés et 82 avaient été condamnés sans que les médecins aient été consultés ou malgré leur opinion exprimée.

Sur 76 condamnés pour délits correctionnels, un est mort peu après l'arrêt, 19 ont subi leur peine à Bicêtre, la plupart dans le quartier des aliénés; les 56 autres ont dû, peu de jours après leur condamnation, être transférés à l'asile où leur folie a de nouveau été reconnue.

En 1865, Parchappe, dans un rapport au Ministre de l'Intérieur, disait que, dans nombre de cas de folie chez les prisonniers, la maladie est antérieure aux actes délictueux.

Il faut citer encore Aubanel, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, Tardieu, Foville, Sauze, J. Falret, qui ont également appelé l'attention sur des faits de même ordre.

Mais ce n'est pas seulement en France que de semblables remarques sont faites. En Angleterre, dans un meeting d'ouvriers tenu à Londres en 1864, un jurisconsulte, Fitzroy-Kelly, déclara que pendant les soixante-quatre dernières années on avait commis, en Angleterre, 60 meurtres légaux, en exécutant autant d'aliénés. Le docteur Madden, dans un travail qu'il fit paraître la même année, apporte onze observations d'insensés qui, en quelques années, ont été condamnés à mort et dont huit furent exécutés.

De 1865 à 1890, on ne rencontre guère dans les auteurs que quelques cas isolés d'aliénés condamnés, la question semble, pendant cette période, avoir moins vivement attiré l'attention; mais à partir de cette époque, elle est remise à l'ordre du jour et donne lieu à des monographies et à des communications dans les congrès.

M. Bailleul, directeur de la quatrième section pénitentiaire, donne lecture, au Congrès de médecine mentale tenu à Rouen en 1890, d'une note sur la folie dans les maisons centrales, où il établissait que, de 1853 à 1860, il avait constaté, d'après des tableaux comprenant l'ensemble du service médical des prisons, 226 cas d'aliénation mentale préexistante à l'emprisonnement.

L'année suivante, dans un mémoire sur les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux, nous rapportions nous-même un chiffre respectable d'observations d'aliénés condamnés que nous avions eu l'occasion de recueillir en l'espace de quelques mois.

Au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, M. Paul Garnier présenta un rapport sur *la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés, comme un devoir de l'instruction* et donna connaissance d'une statistique portant sur la période quinquennale de 1886 à 1890

Digitized by Google

qui lui avait révélé la condamnation de 255 aliénés. Ces condamnations se répartissaient de la façon suivante :

1886	59
1887	45
1888	49
1889	37
1890	65

M. Magnan, qui a établi une statistique analogue pour la même période, est arrivé à des résultats qui concordent, à quelques unités près, avec les précédents.

En 1894, M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, au ministère de l'Intérieur, communiqua au Congrès des médecins aliénistes de Clermont-Ferrand, le résultat d'une enquête faite par lui sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics, de 1886 à 1890, et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eut évité la condamnation. Il arrivait au chiffre de 271 cas et faisait remarquer que ce chiffre était certainement au dessous de la réalité.

Au Congrès de médecine mentale de Marseille tenu en 1898, la question des aliénés méconnus et condamnés fut mise à l'ordre du jour et fit l'objet d'un rapport très complet et très intéressant de la part de M. le docteur Taty.

L'an dernier, M. Henri Monod communiqua au Conseil supérieur de l'assistance publique une deuxième note sur les aliénés méconnus et condamnés admis dans les asiles publics, de 1890 à 1899 ; le chiffre des condamnations relevées était de 479.

Enfin, au commencement de cette année, paraissaient sur le sujet deux ouvrages de MM. Pactet et Colin : les *Aliénés devant la justice* et les *Aliénés dans les prisons.*

* * *

Cet exposé des principaux travaux relatifs aux aliénés méconnus et condamnés montre l'importance qu'a prise cette question dans ces derniers temps et établit la réalité de ces erreurs judiciaires qui ont fini par frapper l'attention, même en dehors du monde médical et dont l'existence ne saurait dès lors être contestée.

Citons néanmoins quelques faits que nous avons eu l'occasion d'observer assez récemment.

L., âgé de 45 ans, ajusteur, est condamné à trois mois de prison, avec application de la loi de sursis, pour vol. Il avait dérobé, à la devanture d'un marchand de volailles, deux poulets. La condamnation est prononcée le 20 juin ; le 23 juin il entre à l'infirmerie spéciale du Dépôt d'où il est dirigé sur l'asile Sainte-Anne avec un certificat le déclarant atteint de paralysie géné-

Digitized by Google

rale et, le 2 juillet, il arrive à l'asile de Villejuif. Le diagnostic de paralysie générale ne pouvait laisser aucun doute.

H., âgé de 44 ans, débardeur, est condamné le 3 février, à trois mois de prison pour vol de charbon; le 2 avril suivant, il est transféré de prison à l'asile Sainte-Anne, parce qu'il présentait des troubles mentaux et le lendemain il entre dans notre service, à l'asile de Villejuif, où nous rédigions un certificat le déclarant atteint de paralysie générale progressive.

H., âgé de 42 ans, électricien, sans antécédents judiciaires, est condamné au mois de mai à un mois de prison, pour filouterie d'aliments: il s'était fait servir, dans un restaurant, un repas d'un franc qu'il n'avait pu payer. Au mois de juillet suivant, il entre à l'asile de Villejuif présentant tous les signes de la paralysie générale, et les renseignements fournis par sa famille permettaient de faire remonter à deux ans au moins le début de la maladie.

R., âgé de 63 ans, emballeur, est arrêté pour vagabondage et mendicité. Traduit en justice, il s'entend condamner, le 29 septembre, à quatre mois de prison. Au cours de l'accomplissement de sa peine, il est transféré, en raison de troubles mentaux signalés par le personnel de la prison, à l'asile Sainte-Anne, et, de là à l'asile de Villejuif, où nous constatons chez lui un état de démence très accentué, enlevant au malade toute conscience de la valeur de ses actes et s'accompagnant d'idées délirantes mélancoliques et hypochondriaques.

Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous nous contenterons d'ajouter à ceux qui précèdent, le cas suivant qui ne nous semble pas dénué d'intérêt. Un entrepreneur de plomberie, âgé de 38 ans, est condamné par la cour d'assises de la Seine, à cinq ans de prison pour faux en écritures commerciales. L'acte incriminé, disons-le de suite, portait l'empreinte de la déchéance intellectuelle du malade, qui avait détaché d'une quittance un timbre et l'avait transporté sur une autre quittance, en complétant de sa main une signature dont une partie se trouvait sur le timbre, et cela, sans déguiser son écriture. Au cours des débats, il présentait tous les signes de la paralysie générale, dont il était atteint depuis un an environ, et ces symptômes maladifs, l'affaiblissement de l'intelligence qui ne permettaient au malade que de répondre avec hésitation aux questions qui lui étaient posées, la perte de la mémoire qui le mettait dans l'impossibilité de fournir des explications précises sur le fait qu'on lui reprochait, l'inconscience de la gravité de sa situation qui lui faisait manifester la plus complète indifférence dans une circonstance aussi critique et négliger le soin de se défendre, enfin l'embarras de la parole qui apparaissait manifeste et venait com-

Digitized by Google

pléter le tableau clinique de la paralysie générale, tous ces symptômes, le ministère public s'en empara, dans son réquisitoire, pour en faire des signes de simulation et réclamer du jury une aggravation de la peine. Nous ne connaissons pas de fait qui puisse mettre mieux en lumière l'obsession qui s'empare trop souvent du ministère public, de voir dans tout accusé un coupable, de mettre un point d'honneur à obtenir le plus de condamnations possible et, sous l'influence de cet état d'esprit, d'interpréter comme charges contre l'accusé des indices qui devraient au contraire le conduire à réclamer son acquittement.

Ajoutons que ce malade n'avait jamais, auparavant, subi la moindre condamnation, qu'il jouissait d'une parfaite honorabilité et que l'acte indélicat qu'il avait accompli avait provoqué la plus vive surprise chez toutes les personnes qui le connaissaient. Ces simples particularités n'auraient-elles déjà pas dû attirer l'attention du juge instructeur ?

Il est presque superflu de dire que le malheureux condamné fut dirigé quelques jours plus tard sur l'asile d'aliénés.

* * *

Quelles sont les conditions dans lesquelles se produisent ces erreurs judiciaires? Nous pensons qu'il est possible de les réunir en cinq groupes, que nous allons passer en revue.

En première ligne, il convient de placer le tribunal des flagrants délits. Ce tribunal fournit un contingent assez élevé de condamnations d'aliénés et le fait cesse de surprendre quand on a eu l'occasion d'assister à une de ces audiences où sont expédiées, en quelques heures parfois, une centaine d'affaires. L'inculpé est souvent condamné sans avoir eu le temps de prononcer une parole et c'est ainsi que s'expliquent ces condamnations de malheureux paralytiques généraux, dont le langage n'était plus qu'un bredouillement inintelligible qui n'aurait pu manquer d'attirer l'attention des magistrats, si ceux-ci avaient fait parler le malade. La loi sur les flagrants délits est excellente, en ce sens qu'elle abrège la durée de la prison préventive, mais il faut néanmoins reconnaître que, si elle permet de terminer rapidement certaines affaires, elle entraîne souvent les juges à commettre des erreurs involontaires.

Le défaut d'expertise entraîne également des condamnations pour les aliénés. Nous vivons encore en fait sous le joug de cette idée que le simple bon sens suffit pour reconnaître un aliéné ; c'est au juge en effet que revient la mission de désigner un expert dans le cas où il aura pensé à la possibilité de l'existence de l'aliénation mentale chez un prévenu. Si minutieuses que soient les précautions dont il s'entourera pour essayer de

Digitized by Google

ne pas faillir à sa tâche, il ne pourra pas suppléer par son intelligence et sa sagacité à l'absence d'études spéciales qui permettent seules de diagnostiquer avec quelque certitude la folie. M. Proal recommande bien au magistrat de ne pas négliger l'examen du passé, du caractère de l'accusé, un changement de caractère étant souvent un indice de trou' le mental, de porter son attention sur l'état mental de ses parents parce que la folie est souvent héréditaire, de ne pas omettre l'examen des circonstances dans lesquelles le crime a été commis ; ce sont là des conseils excellents à suivre, mais dont la mise en pratique ne suffit pas à éviter toujours l'erreur. Nous avons eu en effet l'occasion de voir des prévenus qui avaient fait l'objet d'une longue instruction, qui avaient subi des interrogatoires répétés et avaient eu de nombreuses entrevues avec le juge, sans que les troubles mentaux qu'ils présentaient aient frappé l'attention de ce dernier et l'aient conduit à ordonner une expertise.

Une autre source de condamnation découle du rejet des conclusions de l'expert. L'opinion du médecin, on le sait, ne lie pas le juge, qui n'est pas astreint à suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose. En général, c'est d'après le rapport médico-légal que les juges se décident, mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, les conclusions formelles du médecin tendant à faire admettre l'irresponsabilité n'ont pas été acceptées par le tribunal. Aubanel en a rapporté un cas intéressant relatif à un aliéné persécuté qu'il avait été chargé d'examiner, à propos d'un homicide. A la suite de sa consultation, dans laquelle il concluait à l'irresponsabilité, la chambre de mise en accusation rendit une ordonnance de non-lieu, basée sur le cas de démence de l'inculpé ; mais le procureur général fit opposition à cet arrêt et la Cour d'Aix annula l'ordonnance de non-lieu et renvoya l'aliéné meurtrier devant la cour d'assises où il fut condamné aux travaux forcé à perpétuité.

M. Marandon de Montyel a relaté l'observation de Jean Soulas, accusé de vols qualifiés, et qui fut condamné, bien qu'après sa déposition dans laquelle il mettait en lumière l'état d'aliénation mentale et, par conséquent, l'irresponsabilité de l'inculpé, le procureur de la République eut abandonné l'accusation.

Citons encore la condamnation d'un faible d'esprit hanté par des idées de sorcellerie et qui avait tué le sorcier dont il croyait avoir à se plaindre, malgré un rapport médico-légal de MM. Lande, Pitres et Régis, établissant qu'il était irresponsable.

Ces exemples montrent une fois de plus combien est vivace cette conviction, trop généralement répandue, qu'il n'est nullement nécessaire d'être aliéniste pour juger de l'état mental d'un individu et, comme pour beaucoup de personnes, des divaga-

Digitized by Google

tions absurdes sont seules caractéristiques de la folie, les tribunaux sont trop facilement enclins à ne pas croire à l'impartialité du médecin dans les cas où il affirme l'existence d'une aliénation mentale qui n'est évidente que pour le spécialiste.

Parfois les magistrats rejettent une demande d'expertise médico-légale qui leur est adressée et, de là encore, résultent des erreurs judiciaires. Le fait est plus fréquent qu'on ne pourrait le supposer. En bonne logique, il semble que l'attention étant attirée sur l'état mental d'un individu, il convient de tenir compte de cet avis si l'on est soucieux de ne pas laisser condamner un irresponsable et, cependant, des demandes d'expertise ont été repoussées dans des cas où elles étaient absolument justifiées et où leur acceptation eut évité la tare d'une condamnation à des aliénés que la loi interdisait de punir. En voici un exemple rapporté au Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris en 1889, par M. Laurent, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Rouen et dont les conséquences ont dû quelque peu troubler la quiétude des magistrats qui, en refusant l'expertise, ont été la cause involontaire du dramatique évènement qu'entraîna la condamnation de l'aliéné.

Il s'agit d'un paralytique général à qui le Dr Laurent avait eu l'occasion de donner des soins, dans son service, à la suite d'attaques apoplectiformes et qui fut condamné pour outrage à la pudeur par le tribunal correctionnel.

Appel fut interjeté contre cette condamnation et le défenseur de l'accusé demanda à M. Laurent un rapport médico-légal qu'il produirait devant la Cour. Ce rapport, concluant à l'irresponsabilité du délinquant, fut présenté à la Cour, mais celle-ci se refusa à accorder une expertise médico-légale et la condamnation du tribunal correctionnel fut maintenue.

La femme du condamné, désespérée de voir que son mari allait subir six mois de prison, et, envisageant le déshonneur qui en résulterait pour elle et son enfant, prit la résolution de se suicider avec sa fille et son mari, en se jetant dans la Seine, à Croisset. Elle retira son mari de l'hôpital où il se trouvait encore et écrivit une lettre au médecin pour l'informer de sa fatale détermination qui devait être effectuée avant la réception de la lettre.

« Le fait n'était que trop vrai, dit le Dr Laurent, et quelques jours plus tard, on pêcha dans la Seine, à Croisset même, le corps d'une jeune fille de 14 ans qu'on reconnut effectivement pour être la fille de R. et ce n'est que plusieurs semaines après que l'on retrouva, bien plus loin, les deux cadavres liés ensemble de R. et de sa femme.

« Je me suis proposé de montrer quelle part de responsabilité

Digitized by Google

pouvaient avoir les juges dans un évènement aussi tragique. Ce n'est malheureusement pas la première fois que l'on a à déplorer les conséquences erronées du parti pris de certains verdicts judiciaires, malgré les avis impartiaux et éclairés émanant d'interventions médicales compétentes. »

Nous avons vu nous-même plusieurs malades condamnés malgré les avertissements donnés par les parents, soit au commissaire de police, au moment de l'arrestation, soit au juge, pendant l'instruction. Pour l'un d'eux, le commissaire de police, dans son procès-verbal, avait indiqué qu'il simulait la folie ; condamné en première instance, l'affaire revint devant la cour d'appel où le défenseur demanda une expertise qui ne fut pas accordée ; on lui fit remarquer, à ce propos, que le rapport du commissaire signalait le prévenu comme simulateur.

Il y a quelques jours on pouvait lire dans un journal, au compte-rendu des tribunaux, sous ce titre : *Des juges expéditifs*, la relation du fait suivant : Un jeune homme de vingt-cinq ans, comparaissait hier devant la huitième chambre du tribunal correctionnel de la Seine, présidée par M. Servin.

Il était poursuivi pour avoir injurié et maltraité des agents. Au cours de l'interrogatoire, il dit qu'étant militaire, il a failli être traduit devant un conseil de guerre, mais que pendant l'instruction de son affaire, il a été examiné par un médecin aliéniste qui a conclu à son irresponsabilité et qu'il a bénéficié d'un non-lieu. A ce moment le substitut du procureur de la République se lève et déclare qu'il est de son devoir, en présence des explications qu'il vient d'entendre, de demander au tribunal de commettre un médecin aliéniste pour examiner le prévenu et se prononcer sur le degré de sa responsabilité.

Le président fait remarquer que l'on pourrait peut-être demander des renseignements à Gabès où le jeune homme a fait son service militaire.

Le substitut intervient de nouveau pour déclarer que, les renseignements reçus, s'ils confirment ce qu'a dit le prévenu, il demandera encore de désigner un médecin et qu'alors il vaudrait peut-être mieux le commettre tout de suite.

Mais déjà le tribunal délibère et, quelques secondes après, il prononce une condamnation à un mois de prison et 50 francs d'amende, sans plus se soucier des conclusions du ministère public. Et l'affaire se termine dans ces conditions.

Enfin, dans quelques cas assez rares à la vérité, c'est l'expert qui, ayant méconnu les troubles mentaux ou conclu à la simulation, alors que ceux-ci existent réellement, peut être cause de la condamnation. Lasègue, dans son mémoire sur les exhibitionnistes, a raconté que lorsqu'il fut mis pour la première fois en

Digitized by Google

présence d'un malade de cette catégorie, étant alors moins expérimenté que dans la suite, et devant l'absence de toute conception délirante, de toute perversion intellectuelle, il déclara qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. M. Samuel Garnier a communiqué au Congrès des médecins aliénistes tenu à Marseille, en 1898, l'observation d'un pyromane qui fut condamné à cinq années de réclusion par la cour d'assises, et qui avait été soumis à l'examen de deux experts, lesquels avaient conclu à sa responsabilité.

Les faits de ce genre prouvent qu'en l'absence de connaissances spéciales sur les maladies mentales, le médecin chargé d'une expertise n'offre pas toutes les garanties désirables pour accomplir sans défaillance la tâche qui lui est confiée.

* * *

Après avoir montré que des aliénés sont encore, à l'heure actuelle, fréquemment condamnés pour des délits qui sont imputables à la perturbation qu'apporte la maladie dans leurs facultés mentales, et recherché les circonstances qui semblent présider à la naissance de ces erreurs judiciaires, nous devons nous demander s'il existe des moyens efficaces pour porter remède à un état de choses essentiellement défectueux.

En 1891, nous faisions remarquer, à ce propos, que c'est le magistrat qui se charge de constater les troubles mentaux que peut présenter un prévenu et de le soumettre alors à l'examen d'un médecin. Tout individu, passible de poursuites judiciaires pour un acte délictueux n'est l'objet d'une visite médicale que si le juge, soit pendant l'instruction de l'affaire, soit au cours des débats, croit avoir reconnu la nécessité de cette mesure.

Il est donc indispensable, pour qu'une expertise médico-légale soit ordonnée, que le magistrat ait été frappé de quelque anomalie dans l'état mental du prévenu. Or, chaque condamnation qui atteint un malade est une nouvelle preuve de l'insuffisance du critérium dont il dispose pour reconnaître l'aliéné et de l'impossibilité où il se trouve, en l'absence de données scientifiques, de ne faillir jamais à la mission dont il s'est chargé. Il est aussi anormal de s'en remettre au magistrat du soin de signaler les manifestations de l'aliénation, que de s'en rapporter à lui pour décider de l'existence de toute autre maladie de l'organisme et de l'opportunité de l'intervention du médecin au cours d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde. Une réforme qui, en même temps qu'elle réaliserait un immense progrès humanitaire, semble s'imposer, au nom de la logique, consiste dans la modification de cette situation singulière où le magistrat est chargé de trancher une question d'ordre exclusivement médical. Ne serait-

Digitized by Google

il pas plus sage de laisser les médecins, au lieu du magistrat, décider de la nécessité d'une expertise médico-légale ?

Le seul moyen véritablement efficace d'éviter des condamnations aux aliénés, serait de soumettre le prévenu, après son arrestation, à la visite d'un médecin ; en d'autres termes, l'examen médical devrait être la première étape de l'instruction de toute affaire délictueuse ou criminelle. Par une délimitation plus judicieuse des sujets qui relèvent de la compétence spéciale du magistrat et du médecin, on mettrait fin à une confusion préjudiciable aux intérêts de la société et de l'aliéné. Retrancher du domaine de la magistrature, un territoire exclusivement médical, ce ne serait en rien porter atteinte aux légitimes attributions de celle-ci, mais simplement la mettre à l'abri d'erreurs qu'elle est à chaque instant exposée à commettre et qu'elle doit éprouver, sans aucun doute, le plus vif désir d'éviter.

Au congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, en 1892, comme conclusion de sa communication sur la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction, M. Paul Garnier s'exprimait ainsi : « Pour ma part, j'ai la conviction que si mission était donnée à un médecin habitué au diagnostic rapide des altérations cérébrales, de visiter même avec la célérité que comporterait l'examen d'une si nombreuse clientèle, ces fournées de prévenus qui s'entassent tous les jours dans cet immense violon que constitue, à Paris, le dépôt de la préfecture de police, j'ai la conviction, dis-je, qu'il y aurait, par ce fait même, une innovation dont le résultat serait de restreindre considérablement ces chiffres de la pénible statistique exposée plus haut.

« Il est irrationnel d'attendre d'un magistrat l'aptitude nécessaire pour discerner des symptômes qui ne peuvent se déceler qu'aux yeux habitués à les constater ; en pareil cas, la perplexité la plus grande est insuffisante et les faits sont là pour l'attester. »

M. Taty, dans son rapport au Congrès des médecins aliénistes de 1898, demande l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse.

Au congrès pénitentiaire international tenu en 1900, à Bruxelles, le Dr Delmarcel, médecin de la prison de Louvain chargé d'analyser les différents rapports relatifs à l'organisation du service médical dans les établissements pénitentiaires, avait for-

Digitized by Google

mulé la conclusion suivante, relative au contrôle de la santé physique et mentale des prévenus : « Un contrôle quotidien sera exercé sur le prévenu. Une notice individuelle sera rédigée si le délit est grave ou si l'état mental du prévenu paraît douteux. Désirant laisser le moins de chances possibles aux erreurs judiciaires, dit le rapporteur général, M. Rivière, le projet instituait très largement le contrôle *avant*, pour éviter le redressement des erreurs *après*. »

A ce même congrès, le Dr Deknatel, délégué hollandais, présentait à l'assemblée générale l'amendement suivant :

« Tout individu entrant dans une prison doit être immédiatement soumis à la visite médicale. Dans tous les pays se fait sentir la nécessité de ce contrôle. »

Nous pensons également que l'examen de tous les prévenus, au point de vue de l'état mental, devrait être obligatoire et cette réforme nous paraît facilement réalisable, à Paris, à Lyon et dans les grandes villes de France et même partout, à la condition d'exiger des médecins de prisons, des connaissances en aliénation mentale qui leur sont indispensables.

La réforme de l'expertise nous semble aussi devoir donner d'excellents résultats au point de vue spécial qni nous occupe. Nous avons vu que le juge était libre d'ordonner ou de refuser une expertise, lorsqu'elle était réclamée par la famille, ou par le défenseur d'un prévenu et même lorsqu'on produisait à l'appui de cette demande un certificat établissant la réalité de troubles mentaux. C'est là une anomalie qu'il importerait au plus haut point de faire disparaître. L'expertise devrait être accordée chaque fois qu'on la réclame et *a fortiori* si l'on fournit une attestation médicale que le prévenu a présenté ou présente actuellement quelque perturbation psychique. Ce serait le moment pour le juge à qui l'on demande une expertise et qui hésite à l'ordonner de méditer la remontrance que le président Sacaze adressait, en 1851, aux tribunaux, lorsqu'il écrivait : « S'agit-il de la plus obscure et de la plus impénétrable des maladies, s'agit-il de juger — tâche si délicate même pour le médecin spécialiste — les symptômes d'une raison égarée, les magistrats sont portés à écouter leur opinion personnelle, à interroger eux-mêmes, sans s'appuyer sur aucune donnée scientifique, à examiner les faits offerts en preuve et à tirer de leur examen des conclusions que la science n'a pas préparées. » Et M. Delcurrou, premier président à la cour de Bordeaux, qui citait cet écrit au congrès de médecine mentale de 1895, ajoutait : « L'expertise est maintenant de pratique constante ; elle fonctionne normalement. Pourquoi ne serait-elle pas déclarée obligatoire par la loi, au même titre que l'interrogatoire, lorsqu'il s'agit d'interdiction et la vérifica-

Digitized by Google

tion d'écritures lorsqu'une pièce est arguée de faux ! » Voilà donc un magistrat que n'effraierait pas l'obligation de l'expertise et qui ne voit, dans cette mesure, aucun caractère vexatoire capable d'éveiller les susceptibilités des juges.

Il conviendrait aussi, en plus de l'extension donnée à l'expertise, de ne confier celle-ci qu'à des médecins que leurs études spéciales auraient préparés à remplir le rôle qui leur est confié. M. le professeur Joffroy signalait, au congrès de Bordeaux, les inconvénients qui peuvent résulter, en l'espèce, de l'incompétence du médecin. « On n'exige, disait-il, de l'étudiant aucun stage dans un asile, il n'a à subir aucun examen spécial, et, le plus souvent, il recevra un diplôme de docteur sans avoir assisté à une leçon d'aliénation mentale, sans avoir examiné un seul aliéné. Et cependant ce médecin sera appelé à voir des aliénés ; du jour où il a été reçu docteur, il peut être appelé à décider de l'internement des malades et à délivrer des certificats qui ont force de loi ; il peut être appelé devant les tribunaux et avoir à se prononcer sur la responsabilité des accusés, disposant ainsi, plus que de la vie des malades, de l'honneur des familles. »

Le contrôle de l'état mental des détenus par des médecins aliénistes qui inspecteraient les prisons présenterait de sérieux avantages, non seulement pour les condamnés qui deviennent aliénés au cours de l'accomplissement de leur peine, mais aussi pour les aliénés qui ont été frappés d'une condamnation. Cette création de médecins inspecteurs aliénistes éviterait aux uns et aux autres de séjourner quelquefois pendant un temps très long, ainsi que nous l'avons indiqué avec le docteur Colin, dans notre travail sur les *Aliénés dans les prisons*, dans un établissement pénitentiaire où leur état d'aliénation méconnue entraîne parfois des mesures répressives. La Belgique nous a donné déjà depuis longtemps l'exemple de cette institution, car un arrêté royal du 30 mars 1891 a confié les vérifications médicales relatives à l'état mental des détenus dans les prisons, à des médecins spécialistes versés dans la connaissance des affections mentales ; ces spécialistes sont actuellement au nombre de deux et l'ensemble des établissements pénitentiaires du royaume est réparti en deux groupes, au point de vue du fonctionnement de leur service. Au début, les médecins devaient procéder tous les trimestres à un examen général des condamnés de plus six mois ayant encouru des punitions réitérées, ainsi que des condamnés pour assassinat, viol, incendie, empoisonnement qui étaient entrés dans le courant du trimestre. Le règlement a subi quelques modifications qui ne sont pas très heureuses, mais néanmoins l'institution, avec son fonctionnement actuel, rend d'énormes services.

Digitized by Google

Enfin, lorqu'une condamnation est prononcée contre un aliéné, existe-t-il un moyen de réparer dans une certaine mesure le préjudice qui lui a été causé ? C'est une question sur laquelle M. le docteur Giraud, médecin directeur de l'asile Saint-Yon, a appelé l'attention du congrès de médecine mentale de Bordeaux, en 1895. Commis par la cour d'appel de Rouen dans deux affaires, pour examiner l'état mental des condamnés par le tribunal correctionnel, il avait vu, à la suite des conclusions de son rapport établissant l'existence de troubles mentaux chez les appelants, la cour réformer le premier jugement et prononcer un acquittement. Dans un troisième cas, où il s'agissait d'une démente sénile, entrant à l'asile Saint-Yon, trois jours après avoir subi une condamnation à trois mois de prison pour vol, le préfet saisit le procureur général de cette affaire et celui-ci interjeta appel du jugement qui avait condamné cette démente et obtint de la cour son acquittement. A la suite de cette communication, le congrès émit à l'unanimité le vœu que, par suite d'une entente entre le ministre de l'intérieur et le ministre de la justice, les aliénés subissant une condamnation et transférés de prison dans un asile, soient mis sous la protection des procureurs généraux qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des tribunaux correctionnels à la cour d'appel, et que la flétrissure imméritée subie par les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de la condamnation soit effacée par l'appel, ce qui parait possible dans la majorité des cas.

Ce moyen permet de revenir dans certaines circonstances sur une condamnation, mais nous pensons qu'il serait infiniment préférable de chercher à l'éviter et ce résultat ne peut guère être obtenu, pensons-nous, que par l'examen médical des prévenus et la réforme de l'expertise, dans le sens que nous avons indiqué.

FAITS ET OPINIONS

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Poliambulanza de Milan. — *Dr A. de Vincenti*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MOUVEMENTS ASSOCIÉS

Par les Drs Eug. MEDEA et Georges HANAU

Les neurologistes ont porté souvent leur attention sur les *mouvements associés*, mais ils sont encore loin d'être d'accord sur le mécanisme et la genèse du phénomène. Voilà pour-

Digitized by Google

quoi ayant eu l'occasion d'observer un cas pathologique assez remarquable à ce point de vue nous croyons intéressant de le faire connaître.

Après avoir rapporté l'histoire de la malade nous tâcherons de donner un tableau, le plus complet possible, de l'état actuel de la question ; d'examiner les interprétations courantes et de porter enfin un jugement personnel, appuyé non seulement sur les connaissances d'embryologie, de physiologie et de physio-pathologie du système nerveux, mais aussi sur quelques observations personnelles de psychologie de l'enfant.

Voyons donc — avant tout — le cas dont il s'agit.

A. E. de Milan, est une enfant de dix ans. Son hérédité nerveuse est très prononcée, sa grand'mère paternelle a été aliénée mélancolique ; le père a l'air délicat mais il affirme se porter bien ; un frère du père est migraineux. La mère de l'enfant — déséquilibrée, nerveuse, — a abandonné le mari et les enfants deux fois. — Notre petite malade a été élevée avec amour par son père et sa grand'mère ; elle a toujours été très délicate, a souffert souvent de maladies pulmonaires (?) Elle a appris à marcher au 16e mois. Jusqu'à l'âge de trois ans — pendant le sommeil — des violentes attaques de toux convulsive avec cyanose. Les maladies les plus variées — même légères — ont toujours été accompagnées de faits psychiques graves (délire facile, etc.) — Depuis la plus tendre enfance diarrhée abondante qui persiste encore aujourd'hui quoique atténuée (jusqu'à la première année 20, 30 selles par jour — à présent 5 à 6). — L'intelligence a toujours été très vive.

Depuis les premiers pas (16e mois) elle tombait souvent par terre (tous les 4 ou 5 jours) et se débattait ; relevée elle se portait bien tout de suite : à ce qu'*il semble* elle ne perdait pas connaissance. Ces convulsions durèrent jusqu'à la 4e année seulement : il faut pourtant dire qu'à présent, de temps en temps elle tombe encore; elle n'aurait qu'une obnubilation de la vue sans perte de connaissance; elle s'est cependant souvent blessée en tombant. Suivant la grand'mère on aurait noté — depuis les premiers mouvements une légère hémiparèsie gauche et — toujours suivant l'opinion des parents — les chutes auraient été dues à cette parèsie.

Nous voilà à présent au fait principal.

Ses parents ont noté que depuis la plus tendre enfance les mouvement intentionnels du membre supérieur étaient accompagnés d'une esquisse du même mouvement du côté opposé ; cela arrivait alternativement aux deux bras et jamais aux membres inférieurs ni dans n'importe quelle autre partie du corps. Les parents nous amènent donc la petite uniquement dans le but de la guérir, si possible, de ces troubles, ces M. A. étant des plus fâcheux dans la vie de tous les jours.

Voilà à présent l'examen de la malade tel que nous l'avons fait à notre ambulatoire.

Squelette bien conformé — muscles faibles — muqueuses pâles — poils nombreux aux bras — peau rugueuse.

Digitized by Google

Tête. — Dolichocéphalie légère, cheveux abondants, oreilles larges à anse.

Sens spéciaux et nerfs crâniens. — Vision normale. Pupilles égales et qui réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Mouvements oculaires normaux. — Olfaction et goût parfaits — Parésie très légère du facial inférieur gauche — Langue sale, droite, sans tremblements — Déglutition parfaite — On n'a pas pu examiner le champ visuel par défaut d'attention de la malade. — Sens des couleurs normal.

Cou. — Tuméfaction molle, légère de la glande thyroide.

Poitrine. — Rien à noter.

Abdomen. — A noter une diarrhée persistante (1 à 6 selles par jour). Les membres supérieurs et inférieurs sont également développés, c'est-à-dire qu'on ne note aucune différence importante entre le côté droit et le gauche.

Système nerveux. — Intelligence très vive, caractère irritable, dans les premières années terreurs nocturnes, très affectueuse, bonne mais d'humeur changeante, très distraite.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Le reflexe conjonctival est faible. Les réflexes cornéens et pharyngiens sont très faibles, Le reflexe massétérin est normal.

Le réflexe scapulaire est normal, le réflexe thoracique est exagéré ainsi que l'abdominal. Le réflexe plantaire supérieur est absent.

Les réflexes des membres supérieurs sont normaux.

Le réflexe rotulien est exagéré surtout à gauche (pas de clonus du pied).

Réaction vaso-motrice de la peau très vive.

Rien à noter dans l'examen des trois sensibilités.

Point mammaire et ovarien de légère hyperalgesie à gauche.

Rien à noter sur le sens musculaire, et stéréognostique. Sphincters indemnes.

Dans la *marche* on note une légère insuffisance du membre inférieur gauche (elle ne peut pas se tenir debout sur la jambe gauche). Aucun signe d'ataxie ; pas de symptôme de Romberg.

Dans l'examen de la force musculaire, à noter que le membre inférieur gauche est un peu plus faible que le droit. Dans le repos pas de mouvements des doigts (choréiques où athetosiques) ni de tremblements.

Nous voilà maintenant à décrire les mouvemens associés (M. A). que nous devions examiner méthodiquement

Elévation de l'épaule. — On note des M. A. bi-latéraux ; le M. A. de gauche est plus marqué que celui de droite ; tous les deux, sont de même, seulement esquissés.

Elévation du bras droit in toto. — Légère abduction du bras gauche.

Elévation in toto du bras gauche. — Très légère imitation à droite.

Si la malade veut porter la main derrière la nuque le M. n'est

Digitized by Google

pas exécuté du côté opposé; on note seulement dans la main opposée des petits M. A. incoordonnés.

Flexion de l'avant-bras droit. — Le même M. très peu marqué à gauche et légère flexion de la main.

Flexion de l'avant-bras gauche. — Seulement des M. à la main droite et une contraction à peine remarquable du biceps de droite.

Dans l'extension des avant-bras on note une contraction associée à peine remarquable du biceps de droite; pas du biceps de gauche. Dans les deux extensions, M. A. de la main opposée.

Dans la pronation et la supination les M. A. sont très évidents de deux côtés. Dans tous les muscles susnommés le premier M. A. est beaucoup plus marqué des suivants, c'est-à-dire en répétant le M. la tendance au M. A. du côté opposé tend à diminuer.

L'extension de la main droite est accompagnée de M. A. très évidents dans la main gauche, qui, après quelques M. tombe dans une rigidité presque spastique.

L'extension de la main gauche est accompagnée de M. A. très peu prononcés presque nuls.

La flexion de la main droite est accompagnée de M. A. très évidents de la main gauche, qui prend, même dans ce cas, une aptitude de rigidité.

La flexion de la main gauche est accompagnée de M. A. de la main droite, moins marqués que dans le cas contraire, mais tout de même évidents.

Mouvements des doigts. Main droite: L'abduction et l'adduction du pouce; la flexion et l'extension des doigts, leur approche, et éloignement; l'opposition du pouce, l'opposition du petit doigt sont exécutées de la façon la plus évidente et presque identiquement à gauche ; et cela arrive de même si la main gauche est tenue dans une position homologue à la droite, ou si elle est tenue dans une position différente. Les M. isolés d'un doigt sont exécutés parfaitement par le doigt correspondant.

Main gauche. — Les mêmes faits qu'à droite : il faut cependant ajouter que les M. A. que la main droite exécute en même temps que la gauche sont moins marqués et moins exacts qu'inversement.

Si la malade, étant un peu fatiguée, fait quelques M. involontaires, presque vermiculaires, avec tous les doigts, elle les fait des deux côtés et réciproquement.

En résumé : Les M. A. sont seulement semblables dans ces segments supérieurs des membres supérieurs : plus on descend vers les segments moyens et inférieurs du membre supérieur plus les M. A. deviennent évidents et exacts : aux doigts ils sont la reproduction parfaite du M. du côté opposé. En plus, comme le lecteur l'aura déjà noté — on observe que le membre supérieur gauche est plus lié à celui de droite que vice versâ. C'est-à-dire que les M. A. que le membre supérieur gauche est obligé d'accomplir

Digitized by Google

lorsque le membre supérieur droit est volontairement mis en mouvement, sont plus évidents que ceux que le membre supérieur droit est obligé d'accomplir lorsque le membre supérieur gauche est volontairement mis en mouvement,

La volonté a une action presque nulle sur les M. A. du membre supérieur gauche ; elle a au contraire une action inhibitoire remarquable sur les M. A. du côté droit. A ce propos il faut aussi noter que cette faculté d'inhibition est quelquefois poussée à un tel degré qu'elle empêche les mouvement ordonnés dans la main gauche même, alors le bras droit tout entier, que le malade maintient immobile avec une gêne évident, devient rigide.

Mouvements contraires. — Si l'on ordonne à la malade d'exécuter en même temps de deux côtés des M, contraires on observe :

a) Dans les M. contraires des bras (articulation de l'épaule) on note quelque incertitude et une tendance à l'imitation des M. du côté opposé surtout dans les premiers M., parce que la répétition rend plus facile l'exécution du M. contraire.

b) Dans la flexion et extension *alternées* de l'avant-bras, quelquefois le M. d'un avant-bras tend à être répété dn côté opposé dès le début de l'action, tandis que, plus tard, avec une gêne évidente, l'exécution imparfaite du M. contraire est possible. En plus on peut observer que lorsqu'on ordonne des M. contraires la malade fixe évidemment son attention et sa volonté sur un des M. ordonnés et l'exécute aisément, tandis que le M. contraire est seulement esquissé et est corrigé plus tard dans les M. suivants.

Le M. initial en ordre chronologique est toujours celui qu'on a ordonné en premier, par exemple si on dit : fléchis l'avant-bras droit et étends le gauche, la malade fléchit bien le droit, imite à peine la flexion avec l'avant-bras gauche, ensuite elle étend le gauche, et réciproquement.

Si on fait répéter plusieurs fois ces M. contraires on observe une amélioration notable ; il y a eu une diminution allant jusqu'à l'abolition du M. A. erroné initial, qui accompagne le M. du côté opposé, et en conséquence une plus grande facilité de ces M. contraires.

c) Les M. contraires de pronation et supination sont faciles, dans toutes les actions.

d) Dans la flexion et l'extension in toto des doigts de la main on observe une exécution assez exacte : il y a seulement un retard supérieur à la moyenne dans l'exécution du M. contraire à celui que nous appellerons *principal* (c'est-à-dire le M. ordonné le premier et sur lequel la malade fixe son attention et sa volonté) et ce M. contraire au principal est accompli avec une force excessive et est précédé, presque toujours, d'une esquisse (à peine évidente et très courte) du M. principal ; si bien qu'on peut dire que la malade exécute, comme toujours le même M. avec les deux mains et que c'est seulement tout de suite après une pause très courte qu'elle exécute le M. contraire. Cela arrive plus évidemment si le M. contraire au *principal* doit être exécuté à droite, moins évidemment s'il doit être exécuté à gauche.

Digitized by Google

e) La flexion et l'extension de chaque doigt dans l'exécution des M. contraires présente des difficultés presque insurmontables : le mécanisme d'action est comme pour la lettre *d* mais beaucoup plus difficile : on observe des M. désordonnés, choréiformes des aptitudes athétosiques ; rigidité de la main qui doit exécuter le M. contraire au *principal ;* M. diffusés aux doigts qui devraient se tenir tranquilles. En résumé on peut dire que la malade ne *sait pas* exécuter des M. opposés des doigts.

L'*écriture* normale, pas de graphospasme à la main droite. A noter que le membre supérieur gauche tout entier devient rigide aussitôt que la malade commence à écrire et que la main gauche esquisse les mêmes M., de la main droite. Dans des autres M. par exemple couper du papier avec la main droite, la main gauche, si elle est libre, répète le même M. Si au contraire, elle doit tenir le papier, les doigts étant fermés dans la position habituelle pour retenir un objet exécutant des M. pareils à ceux de droite, ces M. sont quelquefois tellement forts que la malade est obligée d'abandonner l'objet. En buvant, la main gauche présente un M. analogue à celui de droite et des M. choréiformes. Si la malade tricote on voit dans la main droite une incertitude qui, quelque temps après, devient une vraie ataxie. Le bras gauche, lorsque la malade est un peu fatiguée fait quelquefois des M. analogues à ceux de l'autre côté. La malade mange assez bien ; elle coupe la viande, la main gauche qui tient la fourchette très rigide.

Mouvements passifs. — Dans les M. passifs, si la malade est distraite, on n'observe *aucune répétition* du M. du côté opposé : si la malade y prend garde, une légère répétition du M., surtout dans la flexion de la main. Nous nous sommes tout de même persuadés que les M. *vraiment* passifs n'étaient jamais exécutés du côté opposé : si cela arrivait il était évident que la malade exécutait un M. actif, aidant le M. passif, et qu'elle répétait ce M. actif du côté opposé.

Les *réflexes* superficiels et profonds sont toujours unilatéraux.

Si avec une piqûre d'aiguille, on provoque un M. réflexe d'un côté, on a le même M. du côté opposé, dans la main, avec une certaine exactitude de localisation aux membres inférieurs, les M. de réaction à la douleur sont généralisés aux deux côtés. A l'*examen électrique* rien d'anormal.

La contraction d'un muscle, obtenue au moyen du courant électrique n'est pas exécutée par le muscle correspondant du côté opposé.

Dans le *sommeil physiologique* on observe les M. A., comme lorsque la malade est éveillée. Il ne nous a pas été possible de provoquer le sommeil hypnotique.

Pour les membres inférieurs il suffira de dire que les M. de flexion et extension de la cuisse *semblent* être accompagnés d'une esquisse du même M. de l'autre côté. La flexion des doigts du pied droit est accompagnée d'un très léger M. de flexion à gauche. La flexion à gauche est impossible.

Digitized by Google

Il nous est impossible d'expliquer le phénomène des M. A. dans notre cas avec aucune des connaissances courantes sur les voies du M. volontaire. C'est pourquoi nous avons voulu étudier les M. du nourrisson pour observer s'il y avait dans leur formation et dans leur extrinsection des données qui pourraient nous être utiles.

On connaît la classification des M. des nourrissons en M. volontaires et involontaires, on connaît aussi la grande difficulté de cette distinction dans les nourissons. Selon Preyer il y a des M. allocinétiques (la cause de ces M. serait extérieure) ou autocinétiques (la cause de ces M. serait intérieure) : on peut diviser ces derniers en M. impulsifs, instinctifs, représentatifs ; parmi les M. représentatifs le M. de préhension dans lequel on peut voir une représentation cérébrale et qui tend à un but évident : c'est pour cela qu'il est considéré comme un M. *volontaire*[1].

Il faut dire à ce propos que dans l'enfant, sans parler des M. impulsifs (porter les mains près du visage) ou réflexes (replier les doigts autour d'un objet mis dans les mains), il y a un M. de conservation de l'objet — non de préhension — qui n'est pas encore un M. volontaire.

C'est de la 17e à la 19e semaine que la volonté commence à jouer vraiment son rôle dans l'acte[2] de la préhension : l'enfant n'arrive pas encore à tendre les bras, mais veut conserver dans ses mains l'objet que la main a rencontré par hasard. Il voit l'objet et il s'en fait une représentation intellectuelle. De l'acte de conserver l'objet à celui de le prendre il n'y a qu'un pas : ce progrès accompli, nous sommes en présence de l'acte volontaire de la préhension.

Mais il y a là à ce propos une circonstance importante sur laquelle les observateurs n'ont pas encore, à ce que nous savons, porté l'attention. Les premiers M. volontaires sont *unis* = ou *bilatéraux*? C'est-à-dire : lorsque l'enfant *veut*, pour la première fois, prendre un objet, est-ce qu'il porte, avec délibération, une *seule* main vers l'objet désiré ou porte-t-il les deux mains ensemble et en même temps vers l'objet ? Et, s'il en est

[1] Un autre M., le M. réflexe à la douleur est classé dans la catégorie des réflexes supérieurs (psychiques). Comme il doit s'accomplir à travers les régions corticales du cerveau, on l'a jugé un M. subconscient analogue aux M. volontaires.

A ce propos il faut rappeler que dans notre cas comme dans ceux de Westphal, parmi les réflexes, c'était seulement le réflexe à la douleur qui donnait lieu à des M. A.

[2] Nous ne voulons certainement, dans ce modeste travail auquel nous ne voulons donner aucune importance psychologique, discuter sur l'origine, la nature, la manière d'extrinsection de la volonté. Mais il faut pourtant reconnaître que la nature intime du phénomène de la volition et, surtout, de ses rapports avec le M. volontaire est encore dans l'ombre.

Digitized by Google

ainsi, c'est seulement plus tard, avec l'exercice que se produit l'organisation du M. unique d'un seul bras dirigé au but ? C'est pour combler cette lacune dans l'observation des premiers M. volontaires de préhension que nous avons fait des observations personnelles, car la connaissance parfaite de l'organisation de ces premiers M. volontaires est très importante pour l'interprétation des M. A. On dit habituellement que les premiers M. sont tous associés et que seulement plus tard il se produit des mécanismes d'inhibition ; nous avons donc voulu voir si le *premier* M. volontaire était uni ou bilatéral.

Nous avons commencé nos observations sur les enfants au *Brefotrofo* de Milan et nous les avons continuées plus tard dans un Institut de bienfaisance pour nourrissons pauvres. Nous avons étudié un grand nombre de ces enfants depuis l'âge de 8 jours ; mais, tandis qu'au commencement nous voulions établir, en général, si et quand il y avait dans le nourrison des M. unilatéraux de n'importe quelle nature, plus tard nous nous sommes bornés à déterminer ce qu'il y avait de plus intéressant dans le cas particulier, c'est-à-dire si le premier M. volontaire était unilatéral ou bilatéral. Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons considéré le M. de préhension comme M. volontaire, selon l'opinion presque universelle de tous les psychologistes.

Voilà les résultats de ces observations.

Avant le 3e mois on n'observe dans les enfants que des M. désordonnés, unilatéraux ou bilatéraux ; il nous a été impossible d'observer un M. sûrement volontaire avant cette époque. Même dans des enfants à la fin du 3e ou du 4e mois on ne peut souvent produire un M. de préhension ; il y a là certainement des remarquables différences individuelles, en relation avec la gracilité des enfants, le milieu dans lequel ils ont vécu, l'éducation, etc., etc. Dans un enfant de 3 mois et 15 jours, par exemple, nous n'avons jamais vu se produire le phénomène de l'attention pour l'objet que nous lui présentions ; il y avait, à la vue de l'objet des M. (de plaisir), désordonnés, généraux, sans qu'il y ait eu le moindre signe d'un M. de préhension. On a prolongé dans ce cas les observations pendant 10 jours sans avoir un progrès remarquable. Aussi dans quelques autres enfants de 3 mois et demi à 4 mois, nous n'avons pas vu se produire de M. de préhension.

Dans un enfant à la fin du 4e mois, nous avons observé que les M. spontanés étaient surtout exécutés avec la main droite ; on a pu surprendre aussi dans cet enfant (très faible et irritable), quelques M. dans la direction de l'objet, exécutés surtout avec la droite : on peut parler donc dans ce cas d'*essais de M. volontaire unilatéral.*

Digitized by Google

Mais surtout chez une petite enfant, âgée de 2 mois et 27 jours à l'époque de notre première observation, nous avons pu voir paraître le premier M. volontaire qui était *unilatéral*. Cette petite enfant, calme et attentive, a été un très bon sujet pour nos études : nous rapportons de notre cahier d'observations les choses les plus importantes :

28 novembre 1900. — A la vue de l'objet, manifestations de joie, M. généraux, désordonnés avec la tête et les bras : l'enfant regarde longuement l'objet : il n'y a aucun mouvement dans la direction de l'objet.

1er décembre 1900. — Si l'on met l'objet dans la main droite de l'enfant, elle le conserve un peu de temps. L'attention est réveillée ; l'enfant regarde longuement l'objet : il y a parfois, avec la main droite *uniquement*, des M. à peine visibles dans la direction de l'objet; on a de l'observation de l'enfant l'impression qu'on est très près de l'apparition du premier M. volontaire.

2 décembre 1900. — Rien d'important.

3 décembre 1900. — Après des manifestations très bruyantes de joie, l'enfant regarde longuement l'objet et, en même temps, elle fait des M. (émotifs) avec les deux mains, mais non dans la direction de l'objet. On peut voir seulement que parfois, la main gauche de l'enfant s'approche de l'objet, le touche, sans le prendre.

5 décembre 1900. — On peut affirmer que le mouvement avec lequel l'enfant s'approche de l'objet, après l'avoir regardé avec attention, est unilatéral et est presque toujours exécuté avec la main gauche; on observe à la vue de l'objet, tout de suite des M. larges, incoordonnés, exécutés tantôt avec les deux bras, tantôt avec celui qui plus tard s'approchera de l'objet; ensuite la main s'approche de l'objet, pour le prendre ou pour le repousser.

L'acte de tenir l'objet à propos du rapport entre les deux doigts et la surface de l'objet est tout à fait irrégulier et rudimentaire, et on comprend très bien cette incertitude si on pense que c'est la première fois que l'enfant serre un objet quel qu'il soit[1]. Tantôt elle porte l'objet à la bouche; quelque temps après, en général, elle le laisse tomber. En lui ôtant l'objet des mains, il n'y a pas de manifestations évidentes de chagrin. Elle retient mal l'objet qu'on lui met dans les mains.

[1] Si le premier M. de préhension est exécuté lorsque la coordination des M. du bras et l'opposition du pouce ne sont pas encore parfaites, on ne peut pas interpréter comme M. erronés de préhension les M. désordonnés bilatéraux de l'enfant ; en effet, si le premier M. volontaire de préhension est encore imparfait, cela signifie que la représentation cérébrale a précédé son extrinsection parfaite : ce M. n'a pas été exécuté avant, car il n'était pas encore représenté.

Digitized by Google

6 décembre 1900. — Après de longues hésitations, l'enfant se décide à prendre l'objet avec une seule main, la gauche habituellement. Il faut remarquer que, pendant qu'une main s'approche de l'objet pour le prendre, l'autre main reste presqu'immobile et certainement elle ne reproduit, pas même en esquisse, le mouvement de la main qui accomplit la préhension. De même, lorsque l'enfant serre l'objet, après l'avoir pris, on ne peut remarquer aucun signe de M. A. du côté opposé. La manière de prendre et de serrer l'objet est toujours imparfaite, rudimentair : l'opposition du pouce, par exemple, qui est nécessaire à l'acte de la préhension et qui, selon Preyer, fait son apparition avant le M. complet, volontaire de préhension, n'est pas encore organisée d'une manière parfaite, en sorte qu'on serait tenté de croire, que dans ce cas la représentation du M. précède son extrinsection parfaite.

Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est-à-dire l'*unilatéralité* du premier M. volontaire de préhension est nettement évidente.

Nous avons étudié, comme contrôle, les modalités du M. de préhension dans des enfants plus âgés : dans une petite enfant de 5 mois et demi, par exemple, le M , pour se rapprocher de l'objet et pour le prendre, commençait comme M. évidemment unilatéral (presque toujours avec la main droite) ; seulement plus tard aussi la main gauche se rapprochait de la droite pour porter l'objet à la bouche.

L'observation démontre donc que le premier M volontaire (de préhension) dans l'enfant est évidemment unilatéral et qu'on n'est pas autorisé à déclarer que les M. volontaires sont primitivement associés et seulement ensuite unilatéraux[1].

* * *

Thomayer, à propos de l'interprétation du cas que nous avons cité (2), a étudié l'action de certains muscles dans la vie physiologique. Il y a dans son travail une observation intéressante. Si un sujet sans exercice préalable veut exécuter la flexion et l'extension alternes des doigts 2e et 4e, et 3e et 5e

[1] On pourrait objecter que, lorsque nous observons l'unilatéralité du premier M. volontaire, il s'est déjà produit le mécanisme d'inhibition qui la rend possible, et que les M. désordonnés et bilatéraux qu'on observe avant l'apparition du M. unilatéral de préhension sont tout simplement des M. volontaires de préhension encore incapables de rejoindre le but. Mais, en observant avec patience et diligence ces différents M. il faut nous persuader qu'il n'y a dans eux aucune trace de volition, car ils ne sont accompagnés d'aucun de ces autres faits psychiques concomitants qui sont caractéristiques du M. volontaire, c'est-à-dire qu'ils s'accomplissent aussi lorsque l'attention de l'enfant n'est pas présente ; et il y a défaut de phénomènes physionomiques (joie, désir...) qui révèlent le nouveau état émotif du jeune cerveau. — C'est aussi l'impression des plus connus psychologistes des enfants (selon Preyer, comme nous avons dit, les M. bilatéraux subordonnés sont des M. impulsifs analogues aux M. du fœtus).

Digitized by Google

d'une main (M. qui n'est pas habituel et qui est difficile), on voit certaines fois, et surtout dans les enfants, quelques mouvements simultanés des doigts homologues de l'autre côté (et maintes fois ajoutons-nous quelques M. simultanés d'un ou plusieurs doigts non homologues de la main opposée). En s'appuyant sur cette observation et sur d'autres analogues de M. A. physiologiques (par exemple la difficulté de fermer une seule paupière), Thomayer se croit autorisé à affirmer l'existence possible d'un certain nombre de muscles qui présentent, au moins dans la première enfance, une association physiologique de contraction et il croit que ce fait peut être expliqué, soit par la théorie de Broadbent (représentation cérébrale double), soit par l'existence des fibres commissurales qui relient les deux hémisphères du cerveau.

Seulement plus tard l'exercice pourrait rendre possible la contraction isolée d'un grand nombre de muscles qui, d'abord, ne fonctionnent qu'ensemble, moyennant la formation d'inhibitions dans le système nerveux central (Westphal). Il y aurait pourtant des processus pathologiques (hémorragies, chorée, etc., etc.) qui pourraient détruire ou affaiblir ces inhibitions physiologiques en faisant apparaître les M. A. et *il est aussi probable que certains hommes n'apprennent jamais à former toutes les inhibitions nécessaires à l'accomplissement de certains M. isolés.*

C'est l'opinion de Thomayer qui, comme nous avons dit, est en contradiction avec nos observations, du moins pour ce qui est en rapport avec les M. volontaires ; et c'est précisément dans l'exécution des M. volontaires que dans tous les cas de la littérature apparaît le M. A. On peut comprendre que Thomayer, à propos de son cas, ait pensé à cette interprétation.

Il n'y avait pas là, selon les commémoratifs, des signes d'une altération anatomique quelconque. Mais, sans vouloir amoindrir la valeur des observations de Thomayer, nous ne pouvons, en toute certitude, admettre la non-existence de ces altérations. Même dans notre cas seulement, un examen très diligent et l'aide d'une histoire très détaillée qui nous a été faite par des parents intelligents nous a conduits à admettre une encéphalite très légère, mais assurée, de la première enfance : il n'y a rien donc d'étonnant, étant donné l'état presque normal de la mobilité et de la nutrition des membres que l'auteur ait fait fausse route. Dans notre opinion nous vient en aide aussi la logique de la discussion.

Comment peut-on admettre que dans un cerveau à constitution normale on puisse marquer les mécanismes d'arrêt qui se produisent toujours ? Nous disons *toujours* car la littérature

Digitized by Google

que nous avons consultée, ne parle que de trois cas [1] (celui de Thomayer compris) dans lesquels il y avait des M. A. anormaux, sans paralysie. Si de tels M. A. peuvent se produire dans des cerveaux sans lésions anatomiques, une telle rareté d'observations est-elle possible? Et, aussi si l'on veut admettre, pour un instant, cette possibilité, l'affirmation que les M. volontaires sont d'abord associés et seulement après unilatéraux, n'a pas une base expérimentale, car, comme nous avons dit plusieurs fois, le *premier* M. volontaire est *unilatéral.*

Patrizi qui a fait des expériences avec deux ergographes a trouvé que la somme des kgm. qu'on obtient avec la flexion simultanée du 3e doigt de droite et de gauche d'un sujet était moindre que celle qu'on obtient avec la flexion alternante et non simultanée des mêmes doigts.

Féré affirme que, tandis que chez les individus normaux et à cerveau parfaitement développé, les deux mains donnent au dynamomètre, une somme de travail plus grande lorsque elles serrent isolément, chez les épileptiques et chez les arriérés les deux mains donnent au contraire une somme de travail plus grande, lorsqu'elles serrent ensemble et en même temps le dynamomètre, de sorte qu'on devrait croire que chez les individus normaux l'accomplissement d'efforts volontaires simultanés avec les deux moitiés du corps est déjà l'expression de la coexistence et par conséquent de la lutte de deux actes psychiques franchement distincts.

Ce que Féré a observé chez les épileptiques et chez les arriérés est peut-être, croyons-nous en relation avec le fait que chez eux il n'y a pas eu développement parfait des voies et des mécanismes moyennant lesquels les individus sains peuvent arriver à l'accomplissement du travail unilatéral; c'est-à-dire que, tandis que dans un cerveau sain l'expérience et l'exercice peuvent déterminer l'imperméabilité de certaines voies pour l'accomplissement unilatéral du M. au point que dans eux le travail associatif (Féré, Patrizi) exige un effort qu'on peut calculer par la perte du travail, chez les épileptiques et chez les arriérés cela n'arrive pas, parce que n'a pas pu se pro-

[1] Nous n'avons connu que très tard l'existence des cas suivants de DANISH (Ueber Mitbewegungen in symmettrisch en Muskeln an nicht gelähmten Gliedern. — *Zeitschrift für klin. Medic.* XIX. Suppl. Bd. S. 170) que nous rapportons très brièvement. Il s'agit de deux cas dans lesquels, avec mobilité parfaite des membres il y avait le phénomène des M. A. pour les mouvements volontaires. Dans les deux cas les M. A. étaient plus évidents du côté gauche du corps lorsqu'il y avait l'irritation volontaire du côté droit que vice versâ. Pour l'Auteur il se serait agi d'un trouble fonctionnel partiel. Nous n'avons pas pu examiner le travail original de Danish : c'est pour cela qu'il nous faut éviter une discussion complète de ces deux cas. — Ces cas sont à ajouter aux deux de Westphal, au cas de Thomayer, à celui de Claparède et à celui de Remak.

Digitized by Google

duire chez eux de développement parfait et complet du mécanisme spécial de l'unilatéralité.

Nous croyons que cette énonciation peut appuyer notre hypothèse. — En fait, dans ces cerveaux d'arriérés et d'épileptiques, quoique la contraction double associée soit plus valide que la somme des deux contractions unilatérales (par défaut de la *spécialisation* du M. unilatéral), les mécanismes d'arrêt ont été suffisants à empêcher la production d'un M. A. et si de tels mécanismes ont été suffisants dans ces cerveaux insuffisants est-il permis de croire qu'ils puissent être insuffisants dans un cerveau qui est, en toute autre chose, est parfaitement suffisant? Il nous semble que non.

Pour cette raison, donc, et comme le *premier* M. volontaire (de préhension) est toujours unique, nous croyons, malgré quelques observations en apparence contraires, que chaque fois qu'on voit des M. A. évidents et constants on a le droit d'affirmer la présence d'une lésion organique, si légère qu'elle soit, du cerveau et, plus précisément, de la zone rolandique psychomotrice. A l'appui de cette opinion nous avons aussi les observations de M. A. volontaires, constantes dans des cas de graves encéphalites infantiles. (Westphal).

* * *

Maintenant nous ne pouvons pas renoncer au désir de rechercher la modalité de la naissance du phénomène du M. A. dans notre cas et aussi dans les cas analogues. Si nous supposons qu'un léger processus infectieux a atteint, soit dans la vie intra-utérine, soit dans la vie extra-utérine, et, dans ce dernier cas, dans les premiers temps (l'histoire ne peut nous aider à la détermination de l'époque) l'écorce droite de notre petite malade, nous pouvons admettre en même temps qu'une certaine zone de l'écorce, c'est-à-dire celle qui s'organise héréditairement en centre psycho-moteur, a été aussi atteinte dans ses fonctions [1]. Le temps venu (du 3e au 4e mois à peu près) où la représentation des premiers mouvements se fait dans le cerveau et où on observe par conséquent les premiers mouvements volontaires, il est logique d'admettre que l'écorce cérébrale de droite, récemment frappée par le processus pathologique n'ait pas pu encore, comme l'homologue de gauche, saine, s'organiser com-

[1] Il n'est pas inutile de rappeler que, lorsque nous parlons de centres psycho moteurs, nous ne croyons sûrement pas qu'on ait, d'une manière définitive résolu toutes les questions relatives au mécanisme d'action des zones excitables de l'écorce du cerveau. Un grand nombre des processus cérébraux qui donnent naissance au mouvement sont encore obscurs, et, comme dit François Franck, nous ne pouvons les déterminer qu'en les comparant aux processus périphériques que nous pouvons mieux saisir ; mais lorsqu'on veut les définir pour ce qu'ils sont et non par des comparaisons, nous nous trouvons en face de l'inconnu,

Digitized by Google

me centre psycho-moteur. Mais des nouvelles idées et des nouveaux désirs agitent néanmoins le petit cerveau en voie de formation, et la nécessité des M. des mains (pour prendre, par exemple, un objet luisant cause d'un plaisir de la vue) est présente comme dans un cerveau sain. Alors l'écorce gauche, saine, supplée au défaut de l'action de la droite, malade, à travers des commissures interhémisphériques (et, plus probablement, intercorticales). Dans ce jeune cerveau en voie de formation ces voies — qui existent aussi dans des conditions normales — étant continuellement traversées par des courants volontaires, se font anormalement plus perméables que d'habitude et transmettent avec une facilité toujours plus grande les incitations de l'écorce de gauche, cela pour une période de temps qu'on ne peut pas déterminer.

Qu'arrive-t-il, dans ce temps à l'écorce droite qui a été frappée d'un léger processus d'encéphalite ? Dans le temps et peu à peu elle guérit partiellement et s'organise, en retard naturellement, comme centre psycho-moteur. Mais les voies *normales* qui servent de communications entre les deux écorces sont déjà devenues, pour les raisons que nous avons exposés, plus perméables et plus faciles ; c'est pourquoi les incitations qui partent de l'écorce gauche pouvent passer encore à droite en donnant un M. A. du même côté ; vice versa les nouvelles incitations qui partent de l'écorce droite presque guérie, pour ainsi dire peuvent se transmettre aussi à gauche avec production d'un M. A. — Il peut aussi arriver que dans le développement cérébral ultérieur, dans ces deux centres qui ont entre eux des rapports plus faciles que dans l'état normal ne s'établisse jamais, comme d'habitude, une parfaite unilatéralité fonctionnelle ; il y aurait là une fonction presque réciproque (représentation double ?). — Mais dans notre cas il y a une différence dans l'évidence du M. A. : le bras gauche est plus lié au bras droit que vice versa. C'est à dire les M. A. que le bras gauche doit faire lorsque le bras droit entre en mouvement pour un effort volontaire sont plus évidents que les M. que le bras droit doit exécuter lorsque le bras gauche accomplit un M. volontaire. On peut donner de ce fait cette interprétation ; les incitations volontaires qui partent de la zone rolandique gauche saine sont plus valides et leur transmission se fait, moyennant les voies ci-dessus aussi au côté gauche du corps d'une manière très évidente ; au contraire les incitations qui partent de la zone rolandique droite sont, avant tout, moins valides et en conséquence leur diffusion est moins prononcée ; deuxièmement, l'écorce gauche (saine) est plus capable de créer des mécanismes d'arrêt qui diminuent l'importance du M. A. à droite ; cette

Digitized by Google

inhibition s'extrinsèque aussi par l'état de rigidité évidente des membres du côté droit pendant les M. de gauche, état de rigidité qui est bien moindre dans le cas inverse ; on peut presque dire que cet état de rigidité est l'indice du différent degré de faculté inhibitrice des deux hémisphères.

Mais nous ne pouvons nous cacher une grave objection ; si ces M. A. sont la conséquence d'encéphalites infantiles, il faudrait les avoir rencontrés bien plus souvent que nous l'apprend la littérature médicale. On peut répondre, avant tout, que la présence des M. A. doit être en relation avec l'époque du processus inflammatoire et avec son importance. Un processus qui frappe l'écorce dans la vie intra-utérine ou dans les premiers jours de la vie extra-utérine avant qu'elle soit excitable (2e semaine) (Soltmann), s'il est grave peut le détruire et en rendre impossible sa formation en centre psycho-moteur ; s'il est léger il peut, en raison de l'époque, ne laisser aucune trace. Si, au contraire, le processus inflammatoire, grave ou léger, frappe l'écorce lorsqu'elle s'est déjà organisée en centre psycho-moteur (du 3e au 4e mois), il n'y a pas production des M. A. car les voies interhémisphériques se sont déjà normalement développées et ne peuvent plus devenir anormalement perméables. Le processus, enfin, qui frappe l'écorce après son organisation comme zone excitable (2e semaine), et avant son organisation comme centre psycho-moteur (du 3e au 4e mois), s'il est grave la détruit et empêche sa fonction, si, au contraire (*notre cas*) est léger en retarde le développement, en déterminant l'organisation des M. A. moyens du mécanisme dont nous avons parlé ci dessus.

Il y a encore — pour répondre à l'objection que nous nous sommes posée — que, peut-être, les M. A. dans les encéphalites sont bien plus fréquents qu'on ne croit ; seulement, comme ils sont très rarement aussi évidents que dans notre cas, il faut les rechercher pour les trouver.

Il faut dire un dernier mot sur le fait (notre cas et analogues) de la présence des M. A. plus évidents à l'avant-bras et plus particulièrement aux doigts. A ce propos il faut se souvenir que les doigts, quoiqu'ils exécutent des M. inégaux ou contraires, sont, presque toujours mis en M. pour l'exécution d'actes coordonnés en vue du même but (coudre, manger etc.) On peut donc penser qu'entre les centres homologues des doigts les voies de communication sont normalement plus faciles et les rapports plus continuels qu'entre les centres des bras, par exemple. Et si dans l'état normal ces voies physiologiques plus faciles et en raison du processus pathologique, sont anormalement perméables, toutes les voies de communication entre les deux écorces, les

Digitized by Google

voies déjà physiologiquement faciles qui font communiquer les centres des doigts le seront plus encore, et plus évidents ici qu'ailleurs les M. A.

Avec la modeste énonciation de cette théorie nous n'avons émis qu'une hypothèse, mais nous croyons que cette hypothèse seule peut nous donner une explication complète du phénomène; elle est, en plus, la seule contre laquelle on ne peut pas soulever l'objection de la bilatéralité et réciprocité constante des M. A. — Certainement on n'a pas encore prononcé le dernier mot à propos de cette question, certainement l'étude du mécanisme de formation des M. A., très-intéressante en soi-même, pourra éclaircir plus d'un fait physiologique qui est encore dans l'ombre. Pour ces raisons nous avons voulu faire connaître ce cas très rare. L'étude diligente et l'examen méthodique des encéphalites de l'enfance démontrera, probablement, que le phénomène des M. A. est moins rare que l'on ne croit et des observations, devenues plus fréquentes, on pourra en tirer de nouvelles notions à propos du mécanisme de production du phénomène.

TECHNIQUE

LE TRAITEMENT DES ÉTATS D'AGITATION PAR LE BAIN PERMANENT

Par le Docteur Paul SÉRIEUX,

Médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard

Au cours d'une visite faite au mois d'août 1901 à la Clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg, nous avons été vivement intéressé par le nouveau traitement auquel le Professeur Emile Kraepelin soumet les malades atteints d'agitation maniaque. Nous voulons parler du traitement par le *bain permanent*.

Depuis longtemps on a recours, dans la plupart des asiles français et étrangers, à l'emploi de bains plus ou moins prolongés pour calmer l'agitation des maniaques, des intermittents, des paralytiques généraux, des confus, etc. Esquirol conseillait déjà les bains tièdes de 2, 3 et 4 heures, répétés jusqu'à deux et trois fois par jour. Le Dr Turck (1845) a vanté l'emploi, dans les cas de manie aigüe, de bains tièdes d'une durée de 30 à 40 heures, et Brierre de Boismont est d'avis que ces bains prolongés pourraient être expérimentés dans les cas de délire aigu ainsi que dans la « manie furieuse ».

En 1846, Brierre de Boismont préconise les bains prolongés,

Digitized by Google

avec irrigation continue d'eau froide, comme le meilleur remède contre les formes aigües de la folie. La durée habituellement prescrite par ce médecin était de 10 à 12 heures, quelquefois même de 15 à 18 heures. Dans quelques cas, elle ne dépassait pas six à huit heures. La température des bains était de 30° à 28° C ; lorsque le malade sortait de l'eau la température variait de 20° à 18°. Brierre de Boismont fait remarquer que le plus ordinairement l'agitation revient après quelques heures et surtout vers le milieu de la nuit ; il croit que dans ces cas il serait utile de mettre aussitôt les malades au bain, chose qu'il n'a point essayé « parce qu'il faut se tenir dans les limites du possible ».

Guislain, en 1852, conseille, pour les maniaques atteints de grandes agitations, des bains prolongés pendant 6, 10 et 12 heures.

Baillarger, en 1865, déclare que « les malades d'une bonne constitution et qui se nourrissent bien » peuvent rester au bain 8, 10 et même 12 heures. Il cite les résultats obtenus par le Dr Turck et dit avoir prescrit, lui-même, des bains de 10 heures, de 28° à 32°, pendant six semaines.

Kraepelin, en 1893, recommande, comme la plupart des auteurs contemporains, les bains tièdes de 3 à 4 heures de durée et parfois d'une journée entière. MM. Dagonet et Duhamel (1894) trouvent exagérée la prolongation des bains pendant 48 et 72 heures comme certains l'ont conseillée. M. Magnan, dans son article *Traitement de la manie* (Revue de Psychiatrie 1897) conseille des bains à la température de 33° ; leur durée doit varier, suivant le degré d'excitation, de une à deux, trois, quatre et même cinq heures.

Dans la nouvelle méthode thérapeutique du Professeur Kraepelin qu'il a signalée dans l'édition de 1899 de son *Traité de Psychiatrie,* mais qu'il applique depuis une dizaine d'années, le malade ne reste pas au bain quelques heures seulement pour être ensuite conduit dans son dortoir, dans la salle de réunion ou dans une chambre d'isolement : il demeure au bain d'une façon permanente, jour et nuit, et cela pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Parmi les malades que nous avons vus, il s'en trouvait qui étaient au bain depuis six mois, depuis un an, depuis dix-huit mois même.

Les salles de bains, qui ne comportent pas plus de 4 baignoires chaque, sont aménagées d'une façon irréprochable : toutes les précautions sont prises pour éviter un accident. Les baignoires (de fabrication anglaise), en métal émaillé, ont le bord supérieur très arrondi. On n'a recours, pour assurer le séjour des malades au bain, à aucun moyen de contention, pas même au couvercle de coutil employé dans nombre de services de la Seine.

Inutile de dire que les sujets soumis au traitement par le bain

Digitized by Google

continu sont l'objet d'une surveillance constante, jour et nuit. Les malades prennent leur repas dans le bain. La plupart avertissent quand ils éprouvent le besoin d'aller à la selle et sont conduits aux water-closets. Quelques-uns satisfont leurs besoins dans la baignoire dont l'eau est immédiatement renouvelée. La salle de bains doit être bien ventilée, en communication directe avec les water-closets. Sander conseille de laisser une chemise aux malades ; pour les femmes qui ne voudraient pas la conserver, on recouvre la baignoire d'une alèze. Le personnel doit avoir un manteau imperméable et des chaussures appropriées. On surveillera de près l'alimentation des malades ; car le refus des aliments ou une alimentation insuffisante constituent une contre-indication. En général, l'appétit des patients est excellent et le poids augmente ; assez souvent le séjour au bain fait cesser le refus d'aliments ; on donne aux malades, en dehors des repas, et même pendant la nuit, du lait, du pain beurré, etc. Pour leur permettre de dormir assez commodément, on leur met sous la tête, en guise d'oreiller, un coussin à air en caoutchouc. Les rapports quotidiens du Surveillant et de la Surveillante mentionnent dans une colonne les noms des malades qui sont au bain le jour, et dans une autre colonne les noms de ceux qui restent au bain la nuit.

D'après le professeur de Heidelberg, il n'existe aucune médication qui, pour les maniaques, les paralytiques excités et aussi pour certains catatoniques agités, donne des résulats pouvant être comparés à ceux du bain permanent. Grâce au bain permanent en effet, on peut éviter l'isolement cellulaire ; on ne voit plus de malades déchireurs, barbouilleurs ; on n'a plus besoin de vêtements indéchirables, de souliers à fermeture spéciale. Au début, il est parfois assez difficile d'obtenir que l'agité reste au bain ; mais, par l'emploi de l'hyoscine, du sulfonal pendant les tentatives des premiers jours, on réussit en général à calmer le patient suffisamment pour qu'il reste volontiers au bain. Le bain permanent ne doit pas être employé chez les mélancoliques anxieux : il pourrait même être nuisible. L'eau est maintenue à la température de 34° environ [1]. M. le professeur Nissl, à qui nous avons demandé son opinion sur les résultats de ce traitement, s'en déclare un partisan convaincu, et le considère comme un progrès considérable de la thérapeutique des maladies mentales. Les avantages du bain permanent sont multiples ; il calme d'abord l'agitation ; on ne voit plus, grâce à lui, de malades malpropres, coprophages ; certaines complications (érythèmes, lymphangite) sont écartées dans une large mesure ; enfin l'isolement cellulaire devient inutile.

Tout récemment, au *Congrès des médecins aliénistes allemands du Sud-Ouest* (Carlsruhe, 2 et 3 novembre 1901) M.

[1] Kraepelin *Psychiatrie* 1899.

Digitized by Google

Kraepelin a exposé les résultats de son expérience du traitement par le bain permanent. Nous résumons ci-dessous sa communication et la discussion qu'elle a provoquée.

Le Professeur Kraepelin a organisé, dans chacune des divisions d'hommes et de femmes de la Clinique, deux sections de surveillance, l'une pour les malades tranquilles, l'autre pour les malades agités. Le service de veille est réglé de façon que le même infirmier est de garde pendant la nuit durant quinze jours : il est dispensé alors de tout service pendant le jour. Les bains permanents sont donnés dans des salles qui renferment quatre baignoires. Ces baignoires sont séparées l'une de l'autre par des cloisons peu élevées de sorte que chaque patient a pour ainsi dire une cabine. Les robinets d'alimentation et de vidange des baignoires ne sont pas accessibles aux malades. Ces derniers s'habituent plus ou moins rapidement aux bains permanents. Parfois l'emploi de narcotiques ou d'enveloppements humides est nécessaire au début. Les craintes de collapsus qu'on avait eues se sont montrées non fondées. La menstruation n'est pas une contre-indication. Le bain permanent donne des résultats excellents chez les maniaques et les paralytiques agités, un peu moins favorables chez les catatoniques ; les effets les moins satisfaisants ont été observés chez les anxieux. Le bain permanent a permis de supprimer tous les moyens de contention encore en usage tels que gants de force, maillots indéchirables, et surtout a rendu l'isolement presque inutile. Enfin ce procédé thérapeutique présente l'avantage de faciliter la surveillance permanente et l'entretien des malades en bon état de propreté. On ne peut lui faire qu'un reproche, c'est d'être assez coûteux.

MM. Forster et Kreuser ont présenté quelques objections à la méthode préconisée par M. Kraepelin. Ils insistent entre autres sur la nécessité d'un personnel plus nombreux. M. Kreuser n'est pas convaincu que le bain permanent permette de renoncer à l'isolement cellulaire.

M Alzheimer a mis en pratique le bain permanent, à l'asile de Francfort, pour le traitement des états d'excitation. Il n'a trouvé aucune difficulté à organiser ce service spécial ; les résultats ont été des plus satisfaisants. Depuis trois ans il applique le bain continu durant le jour ; depuis six mois il fait usage du bain permanent jour et nuit ; il emploie, à cet effet, dans la section de surveillance des agitées femmes, 12 baignoires dans le jour et 3 la nuit. Cinq infirmières supplémentaires assurent le service : quatre sont de jour, une de nuit.

L'influence favorable du bain permanent se fait sentir, d'après M. Alzheimer, surtout dans la folie intermittente. L'auteur a pu comparer l'évolution des accès antérieurs traités avant l'usage du bain permanent et celle des derniers accès soumis à ce traitement. Tandis que les accès antérieurs étaient en général

Digitized by Google

caractérisés par une vive agitation, que les malades, destructeurs, violents, devaient souvent être isolés, l'accès traité par le bain permanent avait un caractère plus bénin : les mêmes sujets qu'autrefois il fallait isoler, ou calmer à l'aide de narcotiques, deviennent plus tranquilles sous l'influence du bain. Des hypnotiques légers sont habituellement suffisants. On n'a jamais eu recours à l'hyoscine, ni aux agents de contention mécanique pour maintenir les malades au bain. Lorsque le patient refuse d'une façon persistante de rester au bain, on n'insiste plus, mais quelque temps après on fait une nouvelle tentative. En général on réussit dès le premier essai à faire rester le malade dans la baignoire ; sinon on y arrive au deuxième ou au troisième essai. Il est très rare que la résistance soit plus durable. La plupart des agités, dès le premier jour, se trouvent très bien au bain. Il est possible que la vue des autres sujets installés dans leur baignoire agisse favorablement pour amener le nouveau patient à y rester ; de même le traitement par le lit est plus facile à réaliser dans un dortoir que dans des chambres particulières. Comparons l'aspect que présentait jadis la section des agités avec la physionomie qu'elle offre depuis l'organisation du traitement par le bain permanent ; auparavant on voyait des paillasses et des matelas déchirés, des malades parfois complètetement dépouillés de leurs vêtements et exposés aux refroidissements ; des cellules souillées de matières fécales.

Maintenant les chambres d'isolement sont toujours maintenues ouvertes ; elles possèdent un lit convenable ; les malades, notablement plus tranquilles, reposent au bain ou au lit. Il faut proclamer que le traitement par le bain permanent constitue un grand progrès. Quand on l'a expérimenté, on ne peut plus y renoncer.

M. Sander conseille des bains de 12 à 24 heures, et dans certains cas des bains de plusieurs jours ou de plusieurs semaines.

M. Bieberbach, qui a fait l'essai du bain permanent à Heppenheim dans des circonstances très peu favorables, est également très satisfait des résultats qu'il a obtenus [1].

Le Dr Ernest Beyer (de Neckargermünd) au Congrès des médecins aliénistes allemands du Sud-Ouest (Heidelberg 1898), s'est également déclaré partisan du bain prolongé durant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. L'usage de moyens de contention est non-seulement contre indiqué, mais rendu même complétement inutile, la plupart des malades restant calmes au bain et cela d'une façon qui surprend l'expérimentateur. Les difficultés qui surgissent tiennent à certaines circonstances locales telles que : absence de salles de bains annexées aux quartiers, nombre insuffisant des baignoires, insuf-

[1] *Psychiatrische Wochenschrift*, 30 novembre 1901.

Digitized by Google

fisance numérique du personnel, locaux mal éclairés, exigus, etc.

Sont justiciables du bain permanent les malades atteints d'escharе, de plaies superficielles, les malpropres, les malades qui se déshabillent, les destructeurs, les agités en général mais pas tous indistinctement. Le bain permanent a une action calmante presque spécifique dans la manie, beaucoup moins efficace dans l'excitation hébéphrénique ou catatonique, meilleur par contre dans la paralysie générale. L'auteur considère cette méthode comme un progrès des plus importants dans la thérapeutique des maladies mentales.

M. Kemmler (de Zwiefalten) partage l'opinion ci-dessus : il conseille certaines précautions pour mettre le personnel à l'abri des éclaboussures produites par les malades très agités. Il propose d'appliquer le bain permanent dans la salle de surveillance même ou d'installer dans une pièce contigüe une salle de bains (à 5 ou 6 baignoires) avec surveillance constante.

D'après M. Aschaffenburg on peut, chez les femmes, employer le bain permanent pendant la période menstruelle sans inconvénient.

On le voit le traitement des états maniaques par le bain permanent tel qu'il est appliqué à la Clinique de Heidelberg et dans un certain nombre d'asiles étrangers, méritait d'être signalé aux médecins aliénistes français. Il faut espérer que l'intéressante tentative du Professeur Kraepelin suscitera bientôt des recherches dans nos asiles. Ajoutons que l'emploi de cette méthode thérapeutique est associé, à la clinique de Heidelberg, au traitement par le lit qui est appliqué d'une façon systématique.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 24 février 1902)

LES PSYCHOSES A BASE D'INTERPRÉTATIONS DÉLIRANTES

Par P. Sérieux et J. Capgras

M. Sérieux. — Les interprétations délirantes, qui parfois en imposent pour de véritables hallucinations, se présentent sous trois aspects cliniques distincts :

1° Des interprétations *épisodiques* se montrent au cours de la plupart des maladies mentales. Leur rôle reste effacé.

2° Les interprétations délirantes peuvent, par leur prédominance plus ou moins exclusive au détriment des troubles sensoriels, constituer un *syndrome* commun à un certain nombre

Digitized by Google

d'espèces cliniques et susceptible de se présenter sous une forme aigüe (en général sans systématisation), ou sous une forme chronique (avec systématisation). Le syndrome de la *psychose aigüe à base d'interprétations* se rencontre dans la folie des dégénérés, dans la mélancolie présénile, dans la folie périodique, les délires toxiques, la démence précoce. Il est sous la dépendance d'un trouble du jugement qui, sans parler de la prédisposition vésanique, est lui-même fonction, soit d'un état de confusion, soit d'une émotion obsédante, soit d'une faiblesse psychique, congénitale ou acquise.

Les interprétations délirantes peuvent aussi jouer un rôle prédominant dans certaines psychoses *chroniques :* période d'incubation des délires de persécution, délire de persécution de la sénilité, folie des persécutés-persécuteurs. Leur apparition est due soit à l'affaiblissement intellectuel, soit à des idées obsédantes.

En résumé, dans la seconde catégorie, les interprétations délirantes, dont l'abondance contraste avec le rôle effacé des troubles sensoriels, sont au premier plan du tableau symptomatique de psychoses très distinctes.

3° Dans la troisième catégorie, les interprétations délirantes constituent le symptôme prépondérant d'un délire systématisé chronique présentant dans sa symptomatologie et son évolution des caractères bien tranchés qui permettent d'en faire une espèce clinique autonome. Cette psychose est en effet caractérisée par les signes suivants : *développement très lent de délires systématisés de couleur variée* (le plus souvent délire combiné de persécution et de grandeurs) ; *absence presque constante d'hallucinations* (ou rôle très effacé de ces troubles) ; — *richesse extrême des interprétations délirantes* qui constituent la base même des conceptions morbides ; — *marche très lentement progressive; — absence d'évolution systématique; — incurabilité absolue; — persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles* (pas de période de démence).

C'est à cette forme clinique, brièvement signalée en France par quelques auteurs [Lasègue (1852), Legrain (1886) et surtout Séglas (1890), Sérieux (1890), Magnan], et, en Allemagne, par Sander, Kraepelin (1889), et qui a été récemment l'objet d'une étude très complète de la part de M. Kraepelin (1899) que nous proposons de donner le nom de *psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes* ou, plus brièvement, de *psychose à base d'interprétations.*

Début. — Il n'est guère d'affection mentale dont il soit plus malaisé de préciser le début, par suite de la lenteur de l'incubation, de l'ancienneté qu'a le délire lorsque le médecin est appelé à intervenir, des réticences du malade et de ses tendances congénitales aux interprétations erronées. En outre ces sujets ont

Digitized by Google

une aptitude particulière à adapter leur passé le plus lointain à leurs conceptions maladives (délire rétrospectif). Sous le bénéfice de ces réserves, on peut dire que la psychose à base d'interprétations débute, en général, au cours de la période de la vie comprise entre 20 et 40 ans, avec une prédilection spéciale pour deux phases, allant, l'une de 20 à 25 ans, l'autre de 35 à 40 ans. On a distingué ainsi une forme à *début précoce* et une forme *tardive*. Parfois il semble que le début ait eu lieu dès l'enfance ; mais il faut avouer qu'il est difficile de faire le départ entre les troubles dus au délire rétrospectif et ceux dont l'apparition doit être incontestablement reportée à l'adolescence ou à l'enfance.

Au point de vue *symptomatique*, il convient d'insister sur la systématisation parfois très grande des conceptions fausses, sur la conviction inébranlable du malade, sur la persistance de l'activité intellectuelle ; sur la couleur du délire (en général il s'agit d'idées de persécution ou de grandeurs, existant tantôt seules, plus souvent à l'état de combinaison, mais sans qu'on puisse distinguer une évolution comparable à celle du délire chronique de Magnan). L'examen de la genèse du délire montre que cette psychose repose presque exclusivement sur un vaste échaffaudage d'interprétations délirantes multiples qui suffisent, sans l'intervention d'hallucinations, à l'édification d'un roman délirant bien charpenté. Dans certains cas, il est vrai, des hallucinations peuvent apparaître : ces troubles sensoriels, dont le rôle reste toujours accessoire, ne laissent pas cependant que de rendre le diagnostic incertain jusqu'à ce qu'un examen plus prolongé ait montré, comme substratum constant et suffisant de la psychose, des interprétations délirantes. Signalons encore les allures particulières des malades atteints de psychose à base d'interprétations : beaucoup font illusion et paraissent à première vue notablement moins « délirants » que les persécutés ordinaires. Leur lucidité, leurs facultés syllogistiques sont moins atteintes : les troubles de la personnalité que ces derniers malades présentent, consécutivement aux hallucinations multiples qui les assaillent et plus particulièrement aux hallucinations psycho-motrices, ces troubles sont notablement moins accusés dans la psychose à base d'interprétations.

Grâce à sa mémoire souvent très exercée, à sa dialectique toujours en éveil, le malade peut défendre sa conviction erronée avec des apparences de raison que n'a pas le persécuté ordinaire qui se plaint de persécutions physiques, qui emploie des néologismes, que des troubles sensoriels permanents isolent, chaque jour davantage, du monde extérieur, etc. Il accumule preuves sur preuves, il a, pour chaque objection, une réponse toute prête et, dans la discussion, il cite des dates, pose des dilemmes, s'empare du fait le plus insignifiant et sait l'adapter adroitement aux besoins de sa cause. Sa conviction assise sur

Digitized by Google

dès faits incontestables, confirmée chaque jour par de nouvelles interprétations, est et demeure inébranlable et peut même déterminer des cas de contagion psychique (folie à deux).

Parfois il arrive que ces sujets empruntent aux persécutés-persécuteurs les modes de réaction qui passent pour caractéristiques de cette catégorie d'obsédés : avec acharnement ils se mettent à poursuivre ceux que leur désignent leurs interprétatirns délirantes, et se transforment ainsi en persécuteurs.

Fréquence. — La psychose à base d'interprétations est assez rare : un cas sur 90 à 100 admissions. Le sexe ne paraît pas avoir une influence bien marquée.

La *durée* de la maladie est indéfinie. On ne peut distinguer une évolution systématique, ni des périodes bien nettes. La *terminaison* par la démence, qui survient parfois si rapidement dans la démence paranoïde, plus lentement au contraire dans les délires systématisés, est exceptionnelle dans la psychose à base d'interprétations ; et, dans ce cas, elle doit être attribuée à la sénilité.

Inutile d'insister sur le *pronostic* d'une affection chronique dont la guérison ne paraît guère possible.

L'*étiologie* ne fournit que peu de renseignements en dehors de l'influence incontestable de la dégénérescence. On ne peut guère invoquer, comme pour la démence précoce, l'influence d'une auto-intoxication.

Diagnostic. — Les malades atteints de psychose à base d'interprétations sont trop souvent confondus avec les persécutés hallucinés ordinaires ou avec les persécutés-persécuteurs.

Ils sont aisément classés dans cette dernière catégorie de sujets lorsqu'ils empruntent à ceux-ci leurs modes de réaction habituels ; ils s'en rapprochent d'ailleurs en outre par l'absence d'hallucinations, l'activité intellectuelle, la lucidité. Mais à côté de ces signes communs, ces deux psychoses se différencient par des caractères importants. Le délire des uns repose sur une *idée obsédante* qui s'impose de plus en plus à l'esprit, sans adjonction nécessaire de vraies *interprétations délirantes*. Les délires des autres au contraire se systématise lentement grâce à des interprétations délirantes multiples. Chez le persécuté-persécuteur c'est à un fait souvent exact, mais amplifié par les tendances naturelles du sujet qu'est due l'éclosion d'idées obsédantes qui tiennent sous leur dépendance tous les actes du malade ; si bien que certains de ces persécuteurs, placés aux frontières de la folie, ne sont pas à proprement parler des *délirants*, mais des *obsédés* Ils agissent beaucoup plus qu'ils ne délirent. Les sujets atteints de psychose à bases d'interprétations délirent au contraire beaucoup plus qu'ils n'agissent, et si parfois leurs réactions paraissent l'emporter sur leurs conceptions délirantes, il faut remarquer que les réticences, si fréquentes chez eux, ca-

Digitized by Google

chent souvent à l'observateur un système délirant bien organisé.

D'autre part, si les sujets atteints de psychose à base d'interprétations présentent à première vue, comme il arrive souvent, certains traits de la physionomie habituelle des persécutés hallucinés ordinaires, s'ils paraissent avoir des troubles sensoriels, et surtout si l'on constate chez eux en réalité quelques hallucinations épisodiques, ou encore si on a affaire à des sujets réticents qui peuvent être soupçonnés de dissimuler leurs hallucinations, il peut arriver qu'on les confonde avec les persécutés hallucinés, avec les délirants chroniques de Magnan.

Mais dans ces derniers cas on ne tardera pas à reconnaître malgré tout, l'influence nettement prédominante des hallucinations; de plus la marche, l'évolution du délire établissent le diagnostic.

Le diagnostic de la psychose à base d'interprétations doit encore être fait avec la démence paranoïde, avec les psychoses hallucinatoires aigües, avec les psychoses aigües à base d'interprétations symptomatiques de la folie périodique des dégénérés, de la mélancolie, et enfin avec certains délires de la sénilité.

Rapports. — M. le Dr CHASLIN donne lecture d'un travail du Dr PILTZ sur les *Fonctions des pyramides chez l'homme.*

Election d'un membre correspondant. — M. le Dr VAN DEVENTER, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Muremberg (Hollande) est élu membre correspondant à la suite d'un intéressant rapport fait par le Dr DUPAIN.

N. B. — La séance prochaine de la Société se tiendra le lundi 24 mars au lieu du lundi 31 mars.

A. V.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(Séance du 7 février 1902)

Séance peu chargée; les élections étaient à l'ordre du jour.

M. le Dr SOLLIER a fait connaître quelques dispositifs expérimentaux nouveaux : une modification personnelle du marteau du chronomètre d'Arsonval et l'appareil du Dr Laulanié pour l'inscription du pouls digital modifié sur certains points.

Elections. — MM. Antheaume, G. Belot, Malapert, Arréat, P. Sérieux, Maurice de Fleury, Gellé, sont élus membres titulaires.

N. VASCHIDE.

Digitized by Google

ANALYSE DES LIVRES

CAUSES ET PROPHYLAXIE DE LA FOLIE

Etude statistique et clinique par le Prof. FUNAIOLI[1].

Le professeur Funaioli a fait paraître sur les causes et la prophylaxie de la folie un important ouvrage qui ne s'adresse pas exclusivement au monde médical, mais aussi à tous ceux que préoccupent les progrès incessants de l'aliénation mentale. C'est cette dernière considération qui l'a déterminé à apporter de nouveaux matériaux à l'édifice auquel ont déjà travaillé tant de médecins éminents.

En présence de l'envahissement de cette plaie sociale qu'est la folie, il convient, dit-il, de répandre les connaissances relatives à une question aussi importante, de mettre à la portée de tous les données de la science, afin que ceux-là même qui sont étrangers aux études médicales, en lisant les statistiques et les faits d'observation sur lesquelles sont étayées, et en tenant compte des conseils que suggère une longue pratique des aliénés, se trouvent en situation de se mettre à l'abri des causes qui influent le plus activement sur le développement de l'aliénation mentale, ou de combatre le mal dès son apparition.

Avant d'entrer dans le cœur de son sujet, l'auteur consacre un chapitre à montrer la fréquence croissante de la folie et à exposer quelques notions sur l'hérédité biologique et la dégénérescence mentale En ce qui concerne la marche régulièrement progressive des cas d'aliénation, nous voyons, par un tableau portant sur la période de 1876 à 1898, qu'à l'asile de Sienne, le nombre des malades présents qui était de 671, au 1er janvier 1876, se trouvait être de 1117, le 1er janvier 1898. De même, le chiffre des admissions qui était de 317 pour l'année 1876, s'élevait à 491, en 1898 et chaque année, pour ainsi dire, présentait une augmentation sur l'année qui la précédait.

L'auteur divise les causes de la folie en causes prédisposantes et en causes déterminantes. Les causes prédisposantes sont de deux ordres, générales et individuelles. Parmi les causes d'ordre général, il place la civilisation, la religion et les évènements politiques et parmi les causes d'ordre individuel, l'hérédité, le sexe, l'âge, l'état-civil, la profession et l'éducation.

Les causes déterminantes sont divisées en causes physiques, causes morales et causes mixtes. Au nombre des causes physiques, nous voyons figurer les traumatismes crâniens, les maladies du cerveau et des méninges, les névroses, la grossesse, l'état puerpéral, les affections de l'appareil cardio-vasculaire, les maladies infectieuses, la syphilis, la pellagre et les intoxications, comme l'intoxication alcoolique. Les causes morales et les causes mixtes se confondent plus ou moins : citons, parmi les

[1] FUNAIOLI. — **Sulle cause e sulla profilassi della pazzia. Studio statistico-clinico.** — Vol. in-18 de 290 pages. Sienne. 1900.

Digitized by Google

principales, les chagrins, les émotions vives, les pertes d'argent, les excès de toute nature et la misère.

La seconde partie de l'ouvrage est relative à la prophylaxie de la folie et les mesures prophylactiques s'adressent soit aux parents, soit au sujet, en ce qui le concerne lui-même ou en ce qui regarde ses enfants, soit à la société.

Le choix du conjoint présente la plus haute importance et l'auteur s'étonne, à juste titre, qu'à une époque où l'on apporte tant de soins dans le croisement des animaux pour en améliorer la race, où l'on dépense des sommes fabuleuses à l'achat d'un cheval pur-sang, où l'on fait de minutieuses recherches sur la généalogie des chiens dans le but d'opérer une sélection, on ne se préoccupe guère, dans le choix d'une femme ou d'un mari, que de questions d'intérêt et l'on ne se détermine le plus souvent que d'après l'importance de la dot, ou la convenance des situations sociales.

Et alors comment s'étonner des tares de la descendance.

L'acte de la procréation, en raison du retentissement possible des conditions dans lesquelles il est accompli, sur le système nerveux de l'être engendré, demande aussi une surveillance attentive. Il importe, au moment de cet acte, d'avoir toute liberté d'esprit, d'être à l'abri de tout ennui ou de tout chagrin, de n'être pas sous l'influence de l'alcool, pour avoir des enfants normalement constitués, au point de vue psychique.

Nous trouvons ensuite d'excellents conseils pour conserver un bon équilibre mental à toutes les périodes de la vie depuis la première enfance jusqu'à la vieillesse et l'attention est mise en éveil contre tous les écueils à éviter.

Enfin l'ouvrage se termine par l'exposé des mesures que la société et les pouvoirs publics qui la représentent devraient mettre en pratique pour éliminer certains éléments qui président à l'éclosion de la folie. Cette dernière partie, ainsi d'ailleurs que le livre tout entier où les faits s'appuient en général sur des chiffres, c'est-à-dire sur une base solide, sera consultée avec profit et par les médecins et par tous ceux qui, à un point de vue quelconque, s'intéressent à la sociologie.

C'est le but que s'était proposé l'auteur et nous croyons qu'il l'a très heureusement atteint.

F. PACTET.

NOTES & INFORMATIONS

L'Open-door et les évasions dans les asiles. — M. MARANDON DE MONTYEL étudiant, dans la *Revue Philanthropique* (10 février 1902), la question de l'Open-door dans son histoire et son évolution, cite les résultats obtenus dans son service.

« Dans mon service, ceux qui se sauvent ne sont pas les aliénés employés dans la campagne qui n'est pas clôturée, Ville-Evrard ayant cette chance exceptionnelle en France de n'avoir pas de

Digitized by Google

murs extérieurs, mais les malades utilisés dans les bâtiments de l'asile qui, eux, sont clôturés, soit dans les bureaux, soit dans les services généraux, soit au service intérieur. J'ai déjà eu occasion de rapporter ce fait intéressant et significatif qu'au champ d'épuration, où sont occupés les 150 épileptiques du grand service de convulsifs que j'ai organisé dans ma division, les évasions sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis qu'on a clôturé ce champ d'une haie vive pour soustraire les attaqués à la vue des gens passant sur la grande route qui le longe. En 1895, sur un mouvement de 1.222 malades traités et composés en majorité d'épileptiques et d'alcooliques très évadeurs, il y a eu à Ville-Evrard, qui n'est pas clôturé extérieurement et où j'applique la méthode de la plus grande liberté, 31 évasions, soit la proportion de 2,5 p. 100. En 1896 sur un mouvement depuis le 1er janvier jusqu'au 1er septembre de 1.129 malades traités, seulement 28 ont pris la clef des champs, soit également la proportion de 2,5 p. 100. Or, nous voyons qu'à Villejuif, ce type accompli de l'asile d'après les données en honneur, hôpital mi-partie caserne et mi-partie prison où les murailles sont hautes et les serrures solides, en un an, sur 1.392 aliénés traités et composés surtout de paralytiques et de ramollis, incapables de se sauver 49 se sont évadés, soit la proportion 3,6 p. 100. La démonstration nous paraît complète, d'autant plus que beaucoup de nos évasions, un bon quart, n'en sont pas à vrai dire. Les délinquants, en effet, n'ont pas voulu se sauver, ils se sont seulement octroyé une journée de congé pour aller embrasser leurs enfants et leur femme, que le manque d'argent empêche de venir, ou encore, poussés par la jalousie et l'inquiétude conjugales pour s'assurer de la conduite de celle-ci ; leur désir satisfait ou leurs doutes calmés, ils reviennent le soir ou le lendemain, soit seuls, soit accompagnés de leur famille. »

L'enseignement de la psychiatrie dans les Universités provinciales. — Notre collaborateur le Dr Paul Sérieux, au cours d'un voyage d'études dans les Universités allemandes a pu constater l'essor prodigieux qu'ont pris les études de pathologie mentale chez nos voisins grâce surtout à la décentralisation scientifique et à la création, dans toutes les Universités, de cliniques psychiatriques autonomes. Désireux de voir nos jeunes Universités provinciales — où tout est à créer à ce point de vue — profiter de l'expérience de l'étranger, M. P. Sérieux a résumé les désiderata auxquels il convient de donner sans retard satisfaction si l'on ne veut point, méconnaissant les traditions d'un pays qui a été l'initiateur pour la plupart des questions ayant trait aux maladies mentales, compromettre la culture scientifique du corps médical, les progrès de l'assistance des aliénés, et préparer la décadence d'études qui ont jeté sur la médecine française, au cours du XIXe siècle, un si vif éclat :

1° *Fondation dans chaque ville universitaire, d'une clinique psychiatrique autonome*, de 60 à 100 lits. Cette clinique située dans la ville même (hôpital urbain), ou à proximité immédiate, servirait de bureau d'admission pour les malades placés d'office ou volontairement. — Annexion à la clinique psychiatrique d'une section spéciale de neuropathologie, d'un service de consultations externes, de

Digitized by Google

laboratoires divers, de chambres pour pensionnaires payants, etc.

2° *Personnel médical nombreux* : un médecin (y compris chef de clinique, internes, externes ou stagiaires) pour dix malades.

3° *Réorganisation du recrutement du corps enseignant* en s'inspirant des institutions qui ont assuré la prospérité des Universités allemandes, suisses, russes, autrichiennes, etc. Création d'un corps de « Maîtres de Conférences » analogue à celui des Privat-Docenten. Remplacement, dans une large mesure, des *concours* par la *concurrence*.

4° *Organisation de cours cliniques payants et gratuits* d'une durée de trois semaines environ, analogues aux « Cours de vacances » des Universités étrangères, pour l'enseignement pratique de la psychiatrie, de la neuropathologie, de la médecine légale des aliénés, etc.

5° *Organisation du stage psychiatrique*. Exiger un stage d'un an ou de deux ans pour les candidats au diplôme de médecin-expert (dont on a proposé la création), aux emplois de médecin des établissements pénitentiaires, de médecin des établissements privés consacrés aux aliénés. — Stage de six mois pour les médecins de l'armée et de la marine, et de trois mois, pour tous les étudiants sans exception.

6° *Création d'un concours spécial* pour les places de médecin des asiles d'aliénés situés à proximité des villes universitaires.

7° *Réforme de l'organisation du service médical* dans les asiles d'aliénés situés à proximité des villes universitaires sur les bases suivantes : un médecin chef de service pour 250 malades avec les collaborateurs suivants :

1° un *assistant*, docteur en médecine, ancien interne des asiles, nommé sur la présentation du chef de service ;

2° un *interne* nommé au concours pour deux ans ;

3° un *stagiaire* (docteur ou étudiant).

(P. Sérieux. Les *Cliniques psychiatriques des Universités allemandes*. Archives de neurologie 1901).

Taille et poids chez les enfants idiots, par le Dr F. Sklarek. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, n° 1 du 21 janvier 1902, 58me volume, 6me fascicule, p. 1112).

Utilisant comme point de comparaison les nombreux travaux faits sur le développement, la taille et le poids des enfants normaux, l'auteur a mesuré la taille, l'envergure et le poids d'une série d'enfants idiots et d'une série d'enfants arriérés à l'Asile de Dalldorf, près Berlin.

Sur 62 idiots mesurés, 53 avaient une taille plus petite que la taille correspondante des enfants normaux, la différence étant le plus souvent de 1 à 2 années et atteignant 5 ans 1/2 dans un cas extrême.

Dans 9 cas la taille se rapprochait sensiblement de celle des enfants normaux de même âge.

L'envergure, chez 5 idiots était égale à la taille. Chez 21 elle était plus grande : de 1 centim. dans 6 cas, de 2 dans 3 cas, de 3 dans 3 cas, de 4 dans 4 cas, de 5 dans 3 cas, de 7 dans un cas et de 8 dans un cas.

Digitized by Google

Chez 57 idiots l'envergure était plus petite que la taille, de 1 centim. dans 6 cas, de 2 dans 7 cas, de 3 dans 5 cas, de 4 dans 5 cas, de 5 dans 9 cas, de 6 dans 11 cas, de 7 dans 5 cas, de 8 dans 3 cas, de 9 dans 2 cas, de 10 dans 2 cas, de 12 dans 1 cas, de 15 dans 1 cas.

Le poids chez les idiots est très variable : 15 seulement sur 62 avaient un poids correspondant à leur âge.

Sur 169 arriérés, 6 avaient une taille normale ; 76 avaient une taille plus grande que celle qui correspond à leur âge et 87 étaient plus petits que les enfants normaux du même âge.

En ce qui concerne le poids, 82 arriérés étaient trop lourds pour leur âge, 8 avaient un poids normal et 63 étaient d'un poids insuffisant.

En comparant le résultat de ses recherches chez les idiots et chez les arriérés, l'auteur constate que chez les idiots les manifestations de la croissance s'affaiblissent vite avec l'âge, alors qu'au point de vue du développement corporel les arriérés se rapprochent sensiblement de la normale.

Il semble donc qu'on doive admettre que le développement physique et intellectuel de l'enfant sont en rapport étroit l'un avec l'autre et que, si le développement intellectuel se trouve interrompu, il survient une diminution marquée de l'accroissement corporel. E. Blin.

Responsabilité civile des aliénés. — Dans sa séance de mercredi dernier, la Chambre des députés a adopté, après déclaration de l'urgence, une proposition de loi tendant à modifier comme il suit l'article 1382 du Code civil :

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par le fait duquel il est arrivé à le réparer. Le dément sera responsable civilement du préjudice par lui causé. »

Médecins Aliénistes dans les prisons. — A l'Académie de Médecine de Bruxelles, MM. Masoin et Herger ont proposé le projet de vœu suivant : « L'Académie souhaite que les médecins attachés par le gouvernement au service des prisons soient chosis de préférence parmi ceux qui ont fait preuve de connaissances spéciales en psychiatrie et ont fait un stage dans le service des aliénés.

Prix de Psychologie pathologique à l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs universel fait à son profit par le Dr Edine-Pierre Condet à la charge de fondation de prix.

Conformément aux intentions du testateur, les sommes à provenir du legs ainsi fait seront placées en rentes sur l'Etat ainsi que les arrérages, pour leur capitalisation être distribuée, chaque fois qu'elle aura atteint une somme de vingt mille francs, en prix destinés à récompenser, dans les conditions prévues au testament des travaux ou des études de psychologie pathologique.

Nécrologie. — Nous avons appris avec regret la mort du Dr Letourneau, le célèbre anthropologiste, dont les travaux ont eu sur le mouvement anthropologiste français une très grande influence.

Collège de France. — M. le Dr Pierre Janet, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne, vient, par décret présidentiel, d'être nommé à la chaire de Psychologie expérimentale du Collège de

Digitized by Google

France laissée vacante par la retraite de M. Th. Ribot, nommé professeur honoraire.

Personnel des Asiles d'aliénés. — *Mouvement de janvier 1902.* — M. le Dr Nicoulau, médecin en chef à Cadillac, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Wahl (Concours de Paris), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Ylie (Jura), en remplacement de M. le Dr Jacquin, nommé médecin-adjoint à l'asile de Château-Picon (Bordeaux-Gironde).

M. le Dr Girma, Directeur-médecin à l'asile de Pau, nommé à la classe exceptionnelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale (1902, 3e s., XLVIII, n° 2, février).

Mayet (Lucien). Les différentes formes mentales de l'ivresse alcoolique. 112-122.

Archives d'Anthropologie Criminelle (1902, N. S., I, n° 98, 15 février).

Epaulard (A.). Le vampire du Muy. 107-122.

Archives de Neurologie (1902. 2e S., XIII, n° 74, février).

Gauraud (Jean). Etude sur six cas de paralysie hystéro-alcoolique bénigne du membre supérieur. 97-110. — **Kouindjy (P.).** De l'extension et de son application dans le traitement des maladies nerveuses (suite et fin). 110-130.

Archives générales de Médecine (1902, N. S., VII, février).

Meige (Henry) et **Feindel (E.).** Les associations du torticolis mental (3 fig.). 168-204.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1902, 3e S., XIXe année).

Renault (Alex.). Hémianesthésie sensitivo-sensorielle et troubles trophiques concomitants chez un syphilitique de date récente. — **Touche.** Hydrocephalie interne (présentation de pièces). — **Marie (Pierre)** et **Guillain (Georges).** (Discussion : **Hallopeau, Danlos, Marie**). Sur trois cas de rhinelcose (ulcération d'une narine) coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la mœlle. N° 7, 27 février, 137-141, 141-144, 144-147. Séance du 21 février.

Bulletin Médical (1902, XVIe année).

Granjux. L'aliénation mentale dans l'armée. N° 16, 22 février, 179-182.

Chronique Médicale (1902, IXe année).

Nass (Lucien). La possession d'Auxonne, d'après le manuscrit original de la relation. N° 3, 1er février, 65-71.

Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances de la Sociétété de Biologie (1902, LIV).

Apert (E.). Le myxœdème et l'achondroplasie sont deux affections totalement différentes. N° 4, 7 février, 127-129. — **Widal, Sicard** et **Ravaut.** Présence d'un pigment dérivé dans le liquide céphalo-rachidien au cours des ictères chroniques. N° 5, 14 février, 159-160. — **Vaschide (N.)** et

Digitized by Google

Vurpas (Cl.). Dédoublement des images visuelles hallucinatoires. — **Bloch (A.-M.).** Le sens de l'auto-topographie. N° 6, 21 février, 165-167, 190-191.

Echo Médical de Lyon (1902, VIIe année, n° 2, 15 février).

Devay (F.). Paralysie générale et Syphilis en apparence bénigne, 33-39. — **Bouveyron.** De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur. 39-43.

Gazette des Hôpitaux (1902, LXXVe année).

Triboulet (H.). La lutte contre l'alcoolisme par les médecins. Ce qu'elle doit être. N° 19, 15 février, 177-184. — **Meige (Henry).** L'Infantilisme (2 fig.). N° 22, 22 février, 207-211. — **Chavanne (F.).** De l'emploi du diapason en acoumétrie. N° 23, 25 février, 217-219.

Gazette Médicale de Paris (1902, XIIe S., II).

Toulouse. Classification décimale des maladies mentales (suite et fin). N° 5, 1er février, 33-36. — **Baudouin (Marcel).** Quelques données sur la maladie et la mort d'Henri Heine. N° 7, 15 février, 49-50.

Lyon Médical (1902, XCVIII).

Roux (J.). Forme fruste de la syphilis des centres nerveux. N° 7, 16 février, 221-227.

Progrès Médical (1902, 3e S., XIV).

Zalackas. Deux cas de psychoses nicotiniques. N° 6, 8 février, 84-85. — **Picqué (L.).** A propos de l'intervention chirurgicale chez les aliénés. N° 7, 15 février, 97-98.

Revue de Médecine (1902, XXIIe année, n° 2, 10 février).

Lannois (M.) et Pautet (G.). De l'asymétrie de la mimique faciale d'origine otique en pathologie nerveuse. 158-166.

Revue Neurologique (1902, X^e année, n° 3, 15 février).

Vigouroux (A.) et Laignel-Lavastine. Un cas d'hémiasynergie cérébelleuse avec autopsie (2 fig. 1 phot.). 131-134, Comm. Soc. de Neurologie de Paris, séance du 9 février 1902.

Revue Philosophique (1902, XXVIIe année, n° 2, février).

Vaschide. La Psychologie au Congrès de Physiologie de Turin. 171-177. — **Dumas (G.).** L'état mental de Saint-Simon (2e article). 245-274. — **Bauer (A.).** Des méthodes applicables à l'étude des faits sociaux. 275-299. — **Richard (G.).** Sociologie et science politique d'après les travaux récents. 300-317.

Semaine Médicale (1902, XXIIe année).

Juvara (E.). Topographie de la région lombaire en vue de la ponction du canal rachidien. N° 9, 26 février, 65-68.

Thèse de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Fruitier (M.). Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie. 4 mars.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1901-1902).

Asselin (G.-A.). L'état mental des parricides. 152 p., n° 45. — **Grimaud (L.-H.-G.).** De la neurasthénie sénile. 101 p., n° 47. — **Richard (P.-A.-M.).** Le mensonge chez la femme hystérique. 60 p., 1 pl., n° 50. — **Cloitre (J.-D.-G.).** Dégénérescence et mysticisme. 61 p., n° 51. — **Bruas (F.-M.).** La grossesse dans les névroses, les psychoses et en particulier dans la paralysie générale. 110 p., n° 52. — **Ducasse (L.-G.-Ch.).** Etat mental chez les blennorrhagiques. 64 p., n° 53. — **Kernéis (J.-F.-J.-M.).** Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale. 97 p., n° 55. — **Dupin-Dulau (J.).** Hystérie et maladies gynécologiques. 71 p., n° 57. —

Digitized by Google

Ségalen (V.-J.-A.-D.). L'observation médicale chez les écrivains naturalistes. 86 p., n° 60.

Thèses de la Faculté de Médecine de Lyon (1901-1902).

Michard (R.). Le sein hystérique. 71 p., n° 77. — **Béraud (M.).** Essai sur la psychologie du tuberbuleux. 139 p., n° 85. — **Bordereau (J.).** Les cellules géantes existent-elles dans les diverses lésions de la syphilis? Recherches histologiques. 47 p., n° 86. — **Noirot (A.).** Des troubles génitaux dans la morphinomanie. 62 p., n° 90. — **Bridier (H.-A.).** Essai sur l'anatomie pathologique des démences. Travail du laboratoire de médecine mentale. 96 p., n° 91. — **Delmas (E.).** La neurasthénie syndrome cérébelleux. 84 p., n° 103.

Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier (1901-1902).

Vismard (P.). De l'insomnie; ses causes, son traitement. 63 p., n° 34.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, xxv jahrg, n° 145, 15 Février).

Erich Arndt. Ueber die Geschichte der Katatonie. 81-117.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Band xi, Heft 2 février).

Mainzer. Experimentelle Studien über die Einwirkung geistiger Thätigkeit auf den Harnstoffwechsel. 81-93. — **Ranschoff.** Zum Verhalten des Rückenmarcks bei der Lungentuberkulose der Geisteskranken. 93-114. — **Liepmann (H.)** und **Storch (E.).** Der mikroskopische Gehirnbefund in dem Fall Gorstelle. 115-120. — **Raecke.** Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. 120-142. — **Storch (E.).** Versuch einer psycho. physiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. 142-160.

Philosophische Studien (1901, Achtzehnter band, 1 heft, 31 décembre).

Zoneff (P.) und **Meumann (E.).** Ueber Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge in Athem und Puls. Erster Artikel. Mit einer Figur im Text und Tafel i-v... 1-113. — **Kirschmann (A.).** Zum Problem der Grundlagen der Tiefenwahrnehmung. Mit Tafel vi... 114-126. — **Brahn (Max).** Experimentelle Beiträge zur Gefühlslehre. I. Theil : Die Richtungen des Gefühls. Mit Tafel vii und viii... 127-187.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1902, viie année).

Masoin (Paul). Remarques sur la catatonie. N° 4, 20 février, 61-68. — **Ioteyko (J.)** et **Stefanowska (M.).** Anesthésie des nerfs sensitifs et moteurs. N° 4, 20 février, 68-73. — **Decroly.** Section traumatique du nerf cubital. Suture. — Traitement par l'électricité combinée au massage. — Luxation de l'épaule. Paralysie grave du bras. Traitement par l'électricité et le massage. — Tabes ou syphilis. — C. R. Soc. belge de Neurologie, séance du 25 janvier 1902, 73-79.

ÉTATS-UNIS

American Journal of Insanity (1901, lviii, n° 2, octobre).

Christian (J.). Dementia Praecox. 215-241. — **Richardson (A.-B.).** Is Legal Recognition of Graduated Responsibility Practicable? 243-249. — **Eyman (H.-C.).** Abnormal Brain Development. 251-259. — **Allen (F.-E.).** Examination of the Stomach Contents in the Insane. 261-266. — **Buckler (William-H.).** Notes of the Wills of Lunatices, with special Reference to the Law of Maryland. 267-285. — **Runge (Edward-C.).** Psychic Treatment. 287-307. — **Butler Metzger.** The Insane Criminal. 309-314.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (20-III-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES RÊVES

Les méthodes

par N. VASCHIDE

Chef des travaux du laboratoire de Psychologie Expérimentale à l'Ecole des Hautes Etudes (Asil. de Villejuif)

On connaît extrêmement peu le mécanisme psycho-physiologique du sommeil et on est encore moins renseigné sur la psychologie du rêve. Les auteurs répètent généralement les quelques données classiques que les manuels rédigent plus ou moins bien, sans tenir compte du texte des observateurs et, tout en ignorant le problème qui les préoccupe sans qu'ils en aient conscience, paraissent être suffisamment renseignés sur la physiologie du sommeil et particulièrement sur l'étude des rêves.

I

Il faut arriver vers la fin du XIXme siècle pour trouver des recherches vraiment expérimentales sur le sommeil et le rêve ; le sommeil, malgré la divergence assez curieuse qui règne sur les connaissances acquises, a fait pourtant l'objet d'un nombre considérable de recherches, dont beaucoup concernent l'étude histologique du sommeil, — les influences de l'insomnie expérimentale par exemple, — ou encore l'état de la circulation ou celui des échanges chimiques. L'étude du rêve au contraire est à peine commencée ; aussi croyons-nous qu'une exposition aussi détaillée que possible des recherches expérimentales serait intéressante, car en dehors de quelques rappels bibliographiques généralement sommaires, dont tous les auteurs ont fait précéder leurs travaux, il n'y a eu à notre connaissance aucune mise au point.

Employant cette expression de recherches expérimentales, il faut préciser le sens pour expliquer le but et la portée de mon analyse critique et pourquoi d'autre part j'ai laissé de côté certains travaux expérimentaux pour certains auteurs. au fond des simples remarques curieuses et intéressantes à mentionner. J'élimine d'abord les observations médicales et cliniques ; la littérature médicale est assez riche en fait de rêve[1]. Dans cet ordre d'idées, il s'agit des observations courantes enregistrées, soit au lit des malades, soit occasionnellement et ont pour but de constater soit des rapports quelconques avec la nature des rêves et certains troubles pathologiques, parmi lesquels les troubles psychopathiques entrent pour une grande partie. On se contente généralement de préciser des rapports donnés avec des faits à l'appui, sans s'inquiéter autrement du mécanisme et de la structure du rêve. Grand nombre de ces rêves ne sont pas recueillis dans des conditions rigoureuses et rarement les auteurs paraissent tentés d'analyser le contenu des rêves; les phénomènes constatés sont d'autre part vaguement signalés et on a souvent l'expression des *reconstitution à posteriori*.

Il est vrai aussi que de pareilles observations rélament des examens soutenus, une attention puissante et une foule de détails, que pour mener bien au bout on a besoin de secours fortuits des circonstances. Les observations psychiatriques sont à ce point de vue

[1] *N. Vaschide et H. Piéron*. La psychologie du rêve au point de vue médical. 1 vol. 96, p. 1902. J.-B. Baillière fils. (Collect. des actualités médicales.)

Digitized by Google

encore plus difficiles à noter. En ayant nous-mêmes fait quelques-unes nous nous rendons bien compte des désavantages qu'il y a à saisir rigoureusement une observation. Je laisse de côté ces documents; quoique recherchés, ils appartiennent plutôt au domaine clinique.

Je laisse encore de côté les observations qui concernent le sommeil et qui contiennent des aperçus plus ou moins généraux sur les rêves. J'entends par conséquent faire dans cette revue générale et dans les autres qui suivront, l'analyse critique des recherches pratiquées sur l'homme normal, ou plutôt pendant le sommeil normal, sur le rêve, dans le sens d'une analyse psychologique volontairement expérimentale, soit d'une série de recherches constituées préalablement pour l'étude des rêves, soit enfin d'une analyse psychologique objective avec des expériences à l'appui. Cet ordre de recherches commence à peine avec Alfred Maury.

Je donne à la fin de l'article la liste des travaux expérimentaux que j'ai pu remarquer; disons-le encore une fois j'ai laissé de côté volontairement les travaux concernant les considérations critiques quelconques ou des hypothèses. Je ne m'occupe que de l'étude des faits enregistrés par tous ceux qui expérimentalement ont pu et voulu préciser les conditions. Il ne s'agit donc ici que d'une délimination dictée par la nécessité de l'étude, les observations cliniques malgré l'esprit critique et psychologique des auteurs, ne peuvent pas rentrer dans le cadre, elles appartiennent à une toute autre série de recherches.

Le choix des soixante-six travaux, recherches et mémoires indiqués dans l'étude bibliographique n'a pas été fait au hasard ; au contraire il repose sur la préalable connaissance de la bibliographie du rêve[1]. Comme nous l'avons dit plus haut, la littérature du rêve est nombreuse, et bien des auteurs tout en discourant vaguement sur des questions connues de l'étude du rêve, traitent des sujets avec les mêmes données répétées par tous ceux qui s'en sont occupés; notent en passant des observations personnelles et des remarques fort curieuses. Je crois pouvoir signaler bien de ces remarques oubliées, regrettant toutefois de ne pas pouvoir leur accorder une place spéciale dans mes revues générales. Ces soixante-six travaux et volumes, dont je viens de dresser la liste, ne contiennent pas tous des recherches expérimentales au sens rigoureux et scientifique du mot ; le nombre de ceux-là est extrêmement réduit. Les autres travaux contiennent pourtant des observations personnelles et des remarques qui sortent de beaucoup des considérations générales que tous les auteurs qui traitent du rêve, ont cru nécessaire d'ajouter. Il y a là une différennce sur laquelle j'insiste pour préciser une fois de plus le sens de mon choix.. Le domaine du rêve prête de quoi discourir à n'importe quel observateur, fût-il capable ou non de prendre une observation, et aussi les remarques abondent; dans un autre ordre d'idées les hommes de sciences, tout en traitant sérieusement les questions qui les occupent, oublient souvent de donner des détails sur les conditions dans lesquelles leurs observations sont prises et tout au plus pourrait-on ranger ces documents dans la catégorie des souvenirs rédigés ou dans celle des efforts de mémoire à propos de l'explication d'un fait ou de la connaissance d'un document quelconque. Ces catégories de travaux je les ai discernés de mon mieux et je ne crois pas m'être trompé de beaucoup dans mon jugement.

Dans la première catégorie de travaux réellement expéri-

[1] Je compte publier sous peu une bibliographie de la question du *rêve et du sommeil* ; il serait intéressant et utile d'avoir sur toutes les questions de pareilles monographies ; elles épargneraient du temps et rendraient de réels services aux expérimentateurs.

Digitized by Google

mentaux on pourrait citer MM. A. Maury, Hervey de Saint-Denis, Spitta, Nelson, Calkins, M. Y. Vold, de Sanctis, Clavière, Woodwortk, Weed, Hallam et Phinney, Vaschide, Pilcz, Stanley, etc. Dans la seconde catégorie citons parmi les travaux des auteurs qui ont enregistré des observations précises MM. Radestock, Delbœuf, Jomes Sully, Max Simon, Tonnini, Giessler, Grenwood, Cane, Hitschmann, Harrick, Ellis Havelock, De Sanctis Vaschide, Saint-Paul et Fenizia. Parmi ceux qui ont dirigé des enquêtes ou dressé des statisques citons MM. Heerwagen, Jastrow, Calkins, Titchener et Child.

Et enfin parmi ceux qui entâment des discussions précises avec des faits et documents à l'appui citons MM. Delbœuf, de Sarlo, Giessler, Paulhan, Weygandt, P. Tannery, Le Lorrain, Egger, Dugas, Goblot, Ladd, Scripture, Francklin Benini, E. G, Stumpf, Andrews et Nœcke. Remarquons en dernier lieu, qu'un tout petit nombre des travaux contenus dans notre liste ne nous intéresse que secondairement; les résultats de ces auteurs se rattachent pourtant à des expériences et des recherches sur les rêves et la connaissance de leurs données nous a semblé de nature à éclaircir des faits expérimentaux qui nous préoccupent particulièrement. Je rangerai dans cette catégorie entre autres les travaux de Herrick, Gowers et Heller.

Mentionnons encore toute une série de travaux que nous mentionnerons au cours de nos expositions; la plupart sont des travaux d'ensemble qui traitent soit du rêve soit d'autres questions de la psychologie du sommeil et des rêves. Je veux parler des travaux de Charma, Lemoine, H. Tuck, Dupuy, Dandolo, Tissié, Sergueyeff, Taine, de Manacëine et Yves Delage. Voici la bibliographie détaillée de ces mémoires.

Charma. Du sommeil. *Mémoires de l'Académie de Caen*, 1851 avril. p. 46-48, 92-95.

A. Lemoine. — Du sommeil au point de vue physiologique et psychologique. — Paris 1855, in-18.

Hack-Tuck. — Le corps de l'esprit. Trad. française. Paris, 1886.

P. Dupuy. — Etude Psycho-physiologique sur le sommeil. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1879. N°s 31, 32, 33, 34, 35. Broch. 1879, in-8°, 48 p.

G. Dandolo. — La coscienza nel sonno. Padova 1889.

Sergueyeff. — Physiologie de la veille et du sommeil. Paris 1890. 2 vol.

H. Taine. — De l'intelligence. 3e éd. Paris 1876. 2 vol. in-16°, 419 et 496 p.

M. de Manaceïne — Le sommeil tiers de notre vie. Pathologie, physiologie, hygiène et psychologie. Traduction française du russe, par E. Jaubert. Paris, Masson. 1896, 1 vol. 358. Excellente publication, traduite dans plusieurs langues et qui continue à rendre de grands services à tous ceux qui s'occupent du sommeil et des rêves.

Y. Delage. — Une théorie du rêve. *Revue Scientifique* 11 juillet 1891. On trouvera encore des observations et des remarques dans les excellents traités et travaux de MM. Ph. Tissié, Chabaneix, Brodie, Leidesdorf, Maudsley, Purkinje, Scholz, Siebeck, E. Young, Strümpell, Volkelt, Dr Laupts, [1] etc.

II.

La méthode subjective

Une première question qui doit préoccuper le savant qui veut entreprendre des recherches sur les rêves, doit être nécessairement la question de méthode.

Digitized by Google

L'exposition des méthodes employées par les auteurs constituent en grande partie l'objet de cette première revue générale.

L'étude des rêves est extrêmement délicate et l'observateur le plus avisé est souvent perplexe devant la décision à prendre sur la manière dont il compte conduire ses recherches. La question de méthode intéresse généralement peu, voire même les savants et on vit de préférence dans les heureuses et peu inquiétantes données de l'empirisme le plus élémentaire. Préciser rigoureusement les conditions des observations et délimiter nettement la manière dont les remarques ont été enregistrées parait souvent besogne inutile et encore plus quand il s'agit du rêve. Il y a eu pourtant des auteurs qui ont réfléchi sérieusement à la portée réelle des méthodes dans l'étude des rêves et cela tient surtout à l'heureuse influence du premier auteur qui s'est occupé de la question Alfred Maury, ūn vrai expérimentateur celui-là, quoique plutôt auto-expérimentateur.

Dans toute la bibliographie du rêve, en dehors de Maury et des quelques auteurs de recherches expérimentales, je ne connais aucun travail d'ensemble qui s'occuperait d'une manière particulière de la méthode. Le premier à ma connaissance est le savant recueil de M. Sante de Sanctis[2], qui consacre à la méthode un chapitre. Cet auteur remarque à juste raison, que quoique les médecins furent les premiers qui s'occupèrent des rêves d'une manière scientifique, à cause de leur préoccupation si intimement liée à la connaissance de la mentalité du sujet, mais les physiologistes et les expérimentateurs n'ont jamais fait grand cas des observations cliniques. Ce fait explique suffisamment le peu d'attention accordée aux documents acquis. Le domaine des études étant fragile par lui-même, dans quelle mesure pourrait-on se fier à une observation cueillie sans aucune préoccupation expérimentale préalable et sans qu'on définisse au moins les conditions élémentaires de l'expérience? La réponse est difficile, pour ne pas la donner négativement. Les méthodes quoique précises sont par elles-mêmes sujettes à bien des causes d'erreurs et ce cortège d'illusions, d'hallucinations et d'autres broderies de l'imagination et de l'esprit humain attentif devient encore plus considérable quand on ne tient compte que de quelques jalons, que les méthodes vous impliquent nécessairement. Les antiques logiciens avaient grandement raison, quand ils admettaient l'esprit de la méthode pour savoir au juste dans quelle mesure on peut circonscrire les erreurs. Et appliquant aux rêves les méthodes les plus précises nous sommes encore bien loin d'écarter toutes les erreurs ; seulement l'expérimentateur qui aura essayé de pratiquer des recherches dans ce domaine psychologique pourra se rendre compte de l'instabilité du terrain à expérimenter, de l'objet même de l'expérience. Les lois de la logique courante paraissent détruites, des théories d'images se déchaineront comme des curieux arabesques dans la mentalité du sujet et vouloir saisir quelques fantômes de ce monde de visions, sons, actions, sentiments, angoisses on finit par détruire tout, ou par évoquer tout un autre monde plus fugace encore, plus insaisissable et qui s'estompe devant votre analyse mentale sans vous apercevoir et si vite et que vous vous trouvez parfois devant votre propre analyse comme sujet d'investigations. Murray a eu grandement

[1] Pendant l'exposition des recherches des auteurs on mettra au bas de la page la citation des pages respectives et on citera une fois dans le corps de la revue l'indication bibliographique du travail.

[2] *Sante de Sanctis*. I Sogni. Studi Psicologici e clinici. *Picola Bibliot. di Scienze moderne*. N° 17 1899. Bocca édit. Torino. vol. 390 p. Edit. allemande de 1901, 256 p. Ch. II, p. 25-37. Edit. allem. p. 14-20.

Digitized by Google

raison de créer ce mot bien connu de « *Psychologist's Fallcy* », — en d'autres termes « erreur d'observation » — pour les observations des rêves ; il a exprimé d'une manière synthétique toute une source inépuisable d'erreurs.

Néanmoins malgré la grande difficulté de mener rigoureusement à bonne fin une observation on peut remarquer que l'analyse mentale peut nous conduire à des résultats importants surtout lorsqu'elle émane d'un sujet qui sait s'en servir.

Des règles préalables s'imposent pourtant ; la nécessité d'une méthode est donc catégorique surtout pour pouvoir obtenir des faits dans le sens scientifique du mot et dépassant la partie clinique des observations.

On ne saurait plaider pour l'utilité de la méthode, quand on veut étudier les rêves des aliénés, des malades et des enfants. Comment entrer en rapport avec le sujet en observation ? Quoi retenir de ses propos ? D'après quel critérium jugerait-on ses affirmations ? etc. ; Sante de Sanctis, l'auteur auquel on doit des recherches remarquables surtout sur la pathologie du rêve, s'est posé ces questions lors de ses recherches et je me les suis posé ayant comme cet auteur fait des recherches sur le rêve des aliénés. Je décrirai plus loin ma méthode et de quelle manière j'ai cru pouvoir me mettre à l'abri des causes d'erreur.

On peut diviser les méthodes employées par les différents auteurs dans quatre catégories différentes, I. *La méthode subjective ou introspective directe* » — II. *La méthode objective* ; III. *La méthode éclectique.* — IV. *Le questionnaire et l'interrogatoire.*

I. La méthode subjective est l'ancienne méthode des philosophes et qu'Alfred Maury a pour la première fois utilisé scientifiquement pour l'étude des rêves. Bon nombre d'auteurs s'en sont servis depuis et même avant lui et constitue le moyen d'investigation le plus répandu. A. Maury décrit longuement cette méthode, la sienne, dans le chapitre premier de son classique volume sur le sommeil et les rêves [1]. Il a voulu faire de la psychologie expérimentale et insiste sur les détails de l'expérience pour qu'on puisse repéter ses expériences et qu'on vérifie la légitimité de ses inductions. Voici ses propres paroles :

« Je m'observe tantôt dans mon lit, tantôt dans mon fauteuil, au moment où le sommeil me gagne ; je note exactement dans quelles dispositions je me trouvais avant de m'endormir, et je prie la personne qui est près de moi de m'éveiller, à des instants plus ou moins éloignés du moment où je me suis assoupi. Réveillé en sursaut, la mémoire du rêve auquel on m'a soudainement arraché est encore présente à mon esprit, dans la fraicheur même de l'impression. Il m'est alors facile de rapprocher les détails de ce rêve des circonstances où je m'étais placé pour m'endormir. Je consigne sur un cahier ces observations, comme le fait un médecin dans son journal pour le cas qu'il observe. Et en relisant le répertoire que je me suis ainsi dressé, j'ai saisi, entre des rêves qui s'étaient produits à diverses époques de ma vie, des coïncidences, des analogies dont la similitude des circonstances qui les avaient pour ainsi dire provoquées m'ont bien souvent donné la clef. »

Et plus loin : « L'observation à deux est presque toujours indispensable ; car avant que l'esprit ait repris conscience de soi-même, il se passe des faits psychologique dont la mémoire peut sans doute persister après le réveil, mais qui sont liés à des manifestations

[1] *A Maury.* Le sommeil et les rêves. Quatrième édition. Paris 1878. 1 vol. 476 p. chap. I 1-6.

Digitized by Google

qu'autrui seul peut constater. Ainsi, les mots qu'on prononce, assoupi ou dans un rêve agité, doivent être entendus par quelqu'un qui vous les puisse rapporter. Il n'est pas jusqu'aux gestes, aux attitudes qui n'aient aussi leur importance. Enfin ce qui rend nécessaire le concours d'une seconde personne, c'est l'impossibilité où vous seriez de vous éveiller à un moment donné, par un procédé mécanique, comme vous le faites avec l'aide d'une main complaisante. Il va sans dire que, pour être en position de recueillir des observations utiles, il faut être prédisposé à la rêvasserie, aux rêves, sujet à ces hallucinations hypnagogiques que je décrirai plus loin ; tel est précisément mon cas. Peu de personnes rêvent aussi vite, aussi fréquemment que moi ; fort rarement le souvenir de ce que j'ai rêvé m'échappe, et la mémoire de mes rêves subsiste souvent pendant plusieurs mois aussi fraîche je dirai volontiers aussi saisissante, qu'au moment de mon réveil. De plus, je m'endors aisément le soir et durant ces courts instants de sommeil, je commence des rêves dont je puis vérifier, au bout de quelques secondes, la relation avec ce qui m'occupait précédemment. Enfin, le moindre écart dans mon régime, le plus léger changement dans mes habitudes, fait naître en moi des rêves ou des hallucinations hypnagogiques en désaccord complet avec ceux de ma vie de tous les jours. J'ai donc presque constamment en moi la mesure des effets produits par des causes qu'il m'est possible d'apprécier. »

Les observations prises avec cette méthode, en dehors de la puissance d'analyse remarquable à bien des points de vue d'un auteur tel que Maury, montre qu'elle exige une éducation toute spéciale et secondement qu'elle peut porter nettement le cachet d'une systématisation quelconque. Les observations peuvent être facilement systématisées, surtout quand l'introspection est portée pendant l'évolution de ses délicats phénomènes psychologiques sur la genèse et la structure de certains éléments psychiques dépassant donc la simple description. Plus l'analyse est pure, plus la construction est empreinte des données apriori ques conscientes ou plutôt subconscientes ; — pourtant la méthode est seule capable, malgré ses nombreuses causes d'erreur, de pénétrer dans la structure intime de la vie du rêve ou plutôt des hallucinations hypnagogiques.

Citons un exemple qui se réfère aux idées suggérées : « Un soir, je m'étais assoupi dans mon fauteuil : mon oreille percevait encore vaguement les sons ; mon frère prononce ces mots d'une voix assez forte : *Prenez une allumette.* La bougie venait de s'éteindre. J'entendis, à ce qu'il parait, ces mots, mais sans m'apercevoir que c'était mon frère qui les avait dits, et dans le rêve que je faisais alors, je m'imaginai aller chercher une allumette. Réveillé quelques secondes après, on me rapporte la phrase de mon frère. J'avais déjà oublié l'avoir entendue, quoique dans le moment j'y eusse répondu, ma réponse avait été toute machinale. Pourtant, en rêve, je croyais aller de mon propre mouvement chercher une allumette, je ne me doutais pas que j'exécutais un ordre. Une autre fois, comme je m'endormais au coin du feu, ma femme m'adressa quelques paroles ; je sortis de ma somnolence, mais je ne pus discerner si les paroles qu'elle avait fait entendre étaient les siennes ou avaient été prononcées par moi [1]. »

Cette méthode a été largement utilisée par le marquis d'Hervey, dans son classique volume, où l'introspection fait souvent oublier à l'auteur qu'il existe autre chose dans la vie mentale que des images et des associations d'images.

[1] *Alfred Maury*, ouv. cité, p. 438.

Digitized by Google

En d'autres mots le sujet s'observe lui-même et avec la collabotion d'un aide on peut provoquer des réveils à des heures fixes en le chargeant en même temps de porter les remarques qu'il aurait pu observer pendant l'assoupissement ou le sommeil.

La grande majorité des expérimentateurs se sont servis de cette méthode; elle exige une habitude de s'analyser et encore une habitude particulière d'analyser ses rêves et de s'accommoder à l'expérience instituée. Il faut en outre que l'expérimentateur ait une vie onirique assez riche et qu'il peut diriger volontairement.

Cette méthode présente pourtant bien des désavantages. Le sujet voulant expérimenter sur soi-même modifie, par le fond même de l'institution des recherches, la nature du phénomène qu'il veut étudier. On lui avait adressé des reproches. On fabrique subconsciemment une autre suggestion systématique, qui persiste et se systématise de plus en plus malgré la limpidité du discernement de l'expérimentateur. Sans doute, les inconvénients peuvent être diminués, mais les inconvénients existent quand même. Sante de Sanctis relevant certaines critiques analogues à la méthode de Maury cite une observation, prise entre tant d'autres, et qui démontre la grande influence qu'a exercé sur le sommeil et les rêves le fait d'une attention particulière portée sur les rêves. La voici *in extenso*. Une demoiselle fort intelligente et d'une culture supérieure s'entretenait un jour avec cet auteur sur ses études sur la vie des rêves et « il lui demanda si elle avait la tendance de rêver des scènes émotionnelles, qui lui étaient arrivées dans la vie. Elle répondit que non ; elle ajouta encore qu'elle rêvait très rarement et que ses rêves se réfèrent généralement à des sujets de sa vie d'un ordre secondaire et de nature indifférente. Voyant cette demoisele quelques jours après, elle lui dit qu'après la conversation qu'elle a eu avec lui, elle avait rêvé une scène très douloureuse qui lui était arrivée à elle et à sa mère deux ans auparavant; le rêve était si vivace et émotionnant qu'elle a été réveillée sur le coup [1]. » Chaque expérimentateur a pu remarquer des faits semblables et pour ma part, dans ma longue carrière de noctambule, j'ai eu maintes fois l'occasion d'assister à des troubles profonds de sommeil, de même qu'à des déviations de la nature habituelle des rêves, à cause d'une attention trop soutenue portée sur l'assoupissement, sur le réveil, ou sur le moment où les paupières tombent lourdes. Je comprends parfaitement le cas du philosophe génévois Lésage, qui tomba dans une grande insomnie, voulant observer ce qui se passe dans son sommeil au moment du passage de la vie de veille au sommeil. Il n'y a pas lieu d'exposer ici nos recherches, car j'aurais pu citer le cas d'un jeune médecin, un de mes sujets qui, s'intéressant vivement à ses recherches, perdit petit à petit l'habitude du sommeil et on avait été forcé de lui administrer des hypnotiques pour lui faire revenir le sommeil.

Avec un peu d'habitude et possédant surtout une grande puissance de contrôle sur soi-même, la méthode Maury peut fournir des observations précieuses et le volume classique de cet auteur est un exemple digne de tout éloge, tout en tenant compte que l'auteur entreprend une œuvre personnelle.

Rappelons encore à propos de cette méthode certaines recherches qui se rattachent de cette première catégorie, tout en différant sur bien des points.

L'expérimentateur, au lieu d'observer le rêve systématiquement se préoccupe de certains rêves, d'un groupe défini d'images, lais-

[1] *S. de Sanctis*. I. Sogni. ouv. cit. p. 29.

Digitized by Google

sant de côté les autres ; on cherche en d'autres mots de faire des analyses qualitatives subjectives. Comme recherches je pourrais citer comme exemple, celles de M. Havelock-Ellis, celle de M. Titchener, etc, et les quelques observations que M. A. Binet a écrit lors de l'analyse du travail de M. Havelock-Ellis.

M. Titchener[1] a étudié et analysé le rêve concernant les images gustatives. On constate des rêves contenant des images gustatives sans qu'on puisse accuser des corrélations décélables avec de réelles modifications physiologiques. L'examen de la salive n'a relevé, lors de l'observation d'un rêve, rien d'anormal ; il ne s'agissait que d'une auto-suggestion.

M. Titchener décrit cette observation. Les rêves gustatifs sont d'ailleurs très rares, Mlle Calkins en a relevé 2 sur 335 cas et n'a pu en constater aucun sur 298 observations.

La subjectivité entre moins en jeu dans cette méthode et l'orientation des recherches et dans une bonne mesure assez objective. L'expérimentateur délimite les conditions de l'expérience, la nature des rêves qui l'intéressent et s'il cueille des observations soit sur lui, soit sur d'autres sujets, les documents cessent d'avoir seulement une valeur subjective.

II

La Méthode objective

Dans cette catégorie de méthodes on doit distinguer en premier lieu la méthode consistant à étudier les rêves d'autrui mais à l'aide de son analyse personnelle et en second lieu celle dans laquelle on provoque des rêves artificiels et on a recours toujours à l'analyse du sujet pour saisir le résultat des modifications ou des excitations sensorielles provoquées. Sante de Sanctis appelle cette méthode et avec raison *introspective indirecte*, par opposition à la précédente qu'il appelle introspective directe. En effet, l'objectivité réside seulement dans le changement du sujet en expérience, mais en tant qu'analyse psychologique, le sujet fait part toujours à une introspection mentale, avec la seule différence qu'il n'est pas influencé par la nature de l'expérience en jeu, ou au moins très peu et qu'il réagit objectivement.

Presque toutes les recherches expérimentales ont été faites avec cette méthode.

A. Maury avait employé aussi cette méthode, quoique un peu autrement conçue. Dans son chapitre sur le rêve et l'aliénation mentale, cet auteur note neuf observations précises de recherches expérimentales ; il a été conduit à entreprendre des recherches à la suite de l'observation suivante fournie par le hasard : « Je me rappelle, écrit cet auteur[2], que, dans mon enfance, m'étant assoupi par un effet de la forte chaleur, je rêvais qu'on m'avait placé la tête sur une enclume et que l'on me la martelait à coups redoublés. J'entendais, en rêve, très distinctement, le bruit des lourds marteaux ; mais, par un effet singulier, au lieu d'être brisée, ma tête se fondait en eau ; on eût dit qu'elle était faite de cire molle. Je m'éveille, je me sens la figure inondée de sueur, transpiration qui n'était due qu'à la haute température. Mais ce qui était plus remarquable, j'entends, dans une cour voisine, habitée par un maréchal, le bruit très réel de marteaux. Nul doute que ce ne fût ce son que mes oreilles avaient transmis

[1] *Titchener*. Taste dreams. *American Journal of Psychology*, VI, 1895, 4, p.
[2] *A. Maury*, ouv. cité, p. 153 ; — Les neuf observations, *ibidem*, p. 154-157.

Digitized by Google

à mon esprit engourdi. Il y avait là une sensation réelle, associée à un fait imaginaire... »

Voici les expériences instituées par A. Maury ; elles sont parmi les premières. Il faut rappeler les expériences bien conduites de Prévost de Genève, 1834, et celles de l'auteur anonyme du livre sur les moyens de diriger les rêves, contemporain avec A. Maury.

I. On le chatouille avec une plume les lèvres et le bout du nez : « il rêve que l'on le soumettait à un horrible supplice, qu'un masque de poix lui était appliqué sur la figure, puis qu'on l'avait ensuite arraché brusquement, ce qui lui avait déchiré la peau des lèvres, du nez et du visage. »

II. « On fait vibrer à quelque distance de mon oreille une pincette sur laquelle on frottait des ciseaux d'acier. Je rêve que j'entends le bruit des cloches, ce bruit de cloches devient bientôt le tocsin ; je me crois aux journées de juin 1848. »

III. On lui fait respirer de l'eau de Cologne et il rêve qu'il se trouve dans la boutique d'un parfumeur. Il est au Caire et suivent des aventures extraordinaires dont la liaison lui échappe.

IV. « On me fait sentir une allumette qui brûle. Je rêve que je suis en mer (notez que le vent soufflait alors dans les fenêtres) et que la Sainte-Barbe saute. »

V. On lui pince légèrement la nuque. Il rêve « qu'on lui pose un vésicatoire, ce qui réveille en lui le souvenir d'un médecin qui le traita dans son enfance. »

VI. « On approche de ma figure un fer chaud, en le tenant assez éloigné pour que la sensation de chaleur soit légère. Je rêve des *chauffeurs*, qui s'introduisaient dans les maisons et forçaient ceux qui s'y trouvaient, en leur approchant les pieds près d'un brasier, à déclarer où était leur argent. L'idée de ces chauffeurs amène bientôt celle de la duchesse d'Abrantès que je suppose en songe m'avoir pris pour secrétaire. J'avais jadis lu, en effet, dans les *Mémoires* de cette femme d'esprit, quelques détails sur les chauffeurs. »

VII. On prononce à son oreille le mot *parafugaramus* « Je n'entends rien et je suis réveillé n'ayant fait qu'un rêve assez vague. On répète l'expérience quand je suis endormi dans mon lit, et l'on prononce le mot *maman*, plusieurs fois de suite. Je rêve de différents sujets, mais dans ce rêve j'entendais le bourdonnement des abeilles. La même expérience, reprise quelques jours après, lorsque j'étais à peine endormi, fut plus concluante. On prononça à mon oreille les mots *Azor, Castor, Léonore ;* réveillé, je me rappellai avoir entendu les deux derniers mots que j'attribuais à un des interlocuteurs de mon rêve. » Une autre fois, le son du mot avait été perçu et nullement l'idée ; on prononça à ses oreilles les mots *chandelle, haridelle*, plusieurs fois de suite. Il s'était subitement réveillé, criant : *c'est elle.*

VIII. « On me verse une goutte d'eau sur le front. Je rêve que je suis en Italie, que j'ai très chaud et que je bois du vin d'Orviette. »

IX. « On fait passer plusieurs fois de suite devant mes yeux une lumière entourée d'un papier rouge. Je rêve d'orage, d'éclairs, et tout le souvenir d'une violente tempête que j'avais éprouvée sur la Manche en allant à Morlaix, au Havre, défraye mon songe. »

Ces observations sont bien loin d'être à l'abri de causes d'erreurs ; les conditions expérimentales sont à peine définies et A. Maury se contente seulement de nous dire qu'il pria « une personne placée à mes côtés, lorsque le soir je commençais à m'endormir dans mon fauteuil, de provoquer en moi certaines sensations dont elle ne m'avait pas prévenu, puis de me réveiller lorsque j'avais déjà eu le temps d'avoir un songe. » On ne sait au

Digitized by Google

juste, dans ces expériences, d'après quel criterium la personne qui dirige l'expérience appréciera le temps que le sujet ait vécu un songe. A. Maury note rarement d'ailleurs les conditions expérimentales, l'analyse des sensations subjectives l'intéresse davantage.

On pourrait citer comme expériences typiques dans la première catégorie les recherches de Mlle M.-W. Calkins[1] et dans la seconde celles de J. Mourly Vold[2]. Le premier auteur, sur qui tous les critiques tombent d'accord pour considérer ces recherches comme les plus scrupuleusement conduites, avait expérimenté pendant de longues semaines sur deux sujets (6 ou 8 semaines) et qui étaient réveillés à des heures différentes par des excitations sensorielles préalablement déterminées ; les sujets devaient écrire immédiatement à leur réveil leurs rêves.

Les observations si intéressantes de Mlle Calkins l'ont conduite à des constatations de toute autre nature que les données analytiques subjectives. Elle a pu recueillir de ses deux sujets 375 songes ; un de ces sujets, un homme de 32 ans a été observé pendant 46 nuits et le second, une femme de 28 ans, pendant 55 nuits. Les recherches de cet auteur le conduisent à faire remarquer entre autres, que la plus grande majorité de rêves ont lieu le matin et c'est à ce moment qu'ont lieu les rêves les plus vifs. Il parait y avoir un rapport intime entre la vivacité des rêves d'une part, de leur présence d'autre part avec la lumière du matin. Un rêve dont on se souvient est d'après cet auteur toujours un rêve très vif ; elle distingue quatre catégories dans la vivacité des rêves : 10,8 0/0 est le nombre des rêves dont on s'en souvient parfaitement avec tous les détails, ce sont les plus vifs ; 34 0/0 des rêves sont retenus exactement dans une foule de détails, ils sont assez vifs ; 29,8 0/0 des rêves ne sont pas si vifs que les autres catégories : vivacité moyenne et enfin 19,4 0/0 rêves à peine retenus, rêves indistincts et donc extrêmement peu vivaces. Citons encore quelques faits pour illustrer la valeur de cette méthode : les rêves d'origine sensoriels sont assez rares ; les plus prédominants sont de nature auditive et les plus rares sont les rêves gustatifs et olfactifs, 11 0/0 de rêves on ne peut saisir aucune relation entre la vie de la veille et la vie du sommeil. Dans les rêves visuels prédomine les rêves d'origine associatoniste. Il faut distinguer un rêve intense d'un rêve clairement retenu ; il peut y avoir sans doute un critérium, mais il n'est que relatif. Un dernier fait, qui a son importance, qui résulte des recherches de Miss Calkins c'est la continuité de la vie mentale dans les deux formes : veille et sommeil.

Le second auteur a pu créer des vrais rêves artificiels et sa méthode est aussi ingénieuse que louable au point de vue scientifique ; il a institué de vraies recherches méthodiques et j'attends avec intérêt, l'apparition du livre de cet auteur annoncé déjà en 1896, où il traitera comme il l'écrit le sujet en détail. J. Mourly Vold s'est occupé depuis 1876 des rêves et il s'est particulièrement attaché « au rôle que jouent dans les rêves le sens du toucher (contact et température) et le sens musculaire et sur la relation existant entre les images de la soirée et celles de la nuit suivante ».

Voici les propres termes de cet auteur, sur la méthode qu'il a employée pour l'étude de l'appareil musculaire pendant le sommeil ; il préfère à un stimulant passager appliqué pendant quelques secondes, un stimulant agissant toute la nuit et cela à cause de la

[1] *Mary Whiton Calkins.* Statistics of Dream. *American Journal of Psychology*, 1893, v, n° 3, p. 311.

[2] *J. Mourly Vold.* Expériences sur les rêves et en particulier sur ceux d'origine musculaire et optique. Christiania 1896, Brochure. 16 p. — p. 6.

Digitized by Google

difficulté d'obtenir des résultats : « Ainsi le soir, immédiatement avant de s'endormir, je faisais mettre à mes sujets des gants, des rubans ou des ficelles autour de quelques muscles, tout en les engageant à les garder toute la nuit. Je m'occupais particulièrement de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations des deux mains. Lorsque nous faisions des expériences sur la première articulation, elle était généralement entourée d'un ruban de fil large de deux centimètres environ, ou d'une ficelle ; on emportait l'un ou l'autre autour de l'articulation d'un des pieds, au-dessous des malléoles. avec un tour autour de la plante pour l'empêcher de se déplacer, Par cette pression, une flexion plantaire avait lieu ; la position du pied ressemblait, jusqu'à un certain degré à celle d'une personne se tenant sur la pointe du pied — abstraction faite de la position horizontale du corps. Il va sans dire que j'ordonnais un lien pas trop tendu, pour éviter des troubles nerveux. — D'autres expériences s'appliquaient aux doigts de la main. La nuit on avait un ou plusieurs doigts entourés d'un ruban (ou d'une ficelle), ordinairement appliqué aux premières phalanges. Enfin, une grande quantité d'expériences s'appliquaient à une main entière ou aux deux. La nuit on portait un ou deux gants, généralement pas boutonnés, afin d'éviter une trop grande pression aux artères. Sous la pression de gants étroits, toutes les articulations de la main se courbaient. D'autres expériences ont été faites par moi seul. Ainsi, j'appliquais au dos une pression par des bûches (trois généralement), qui étaient liées ensemble et attachées à une ceinture autour de la chemise ; pendant plusieurs semaines, je portais ces bûches toute la nuit. Dans d'autres séries d'expériences les sujets s'endorment avec un traversin sous les pieds ou on provoque des modifications tactiles différentes. »

Dans ses expériences sur les représentations visuelles pendant le rêve [1] cet auteur donnait aux sujets, chaque soir une boite qu'ils ne devaient ouvrir que le soir au lit. Avant de se coucher pendant un espace assez court de deux à dix minutes les sujets devaient regarder les objets contenus dans ces boites ; ils devaient ensuite fermer les yeux et se coucher après avoir éteint la lampe et sans la regarder. Le matin on exigeait des sujets, pour la plupart des étudiants et des instituteurs, un protocole de l'expérience et des rêves qu'ils avaient eus. Les objets contenus dans les boites étaient de nature différente et variée, comme par exemple une fleur d'hyacinthe, figure de chien, un soldat avec une lance, une petite pièce de cuivre, une figure en carton, etc., dont on connaissait les dimensions ; une seule feuille noire mesurant 50 cen. de largeur sur 31 cen. de hauteur les autres objets ne dépassant guère 8 cen.

La méthode objective est la plus précieuse pour l'étude du rêve car surtout les expériences de la deuxième catégorie de recherches objectives, sont bien délimitées dans leurs conditions expérimentales et on arrive artificiellement à provoquer des modifications dans la mentalité du sujet. Les excitations artificielles se mêlent ou dominent celles qui figuraient dans la pensée du dormeur et on assiste à une vraie recherche de laboratoire, provoquant de la sorte des rêves dont on connait parfaitement sinon toute la pensée, au moins bon nombre de ses éléments.

Pour ce qui concerne les recherches appartenant à la première catégorie, on pourrait leur adresser une objection, à savoir que les sujets ont malgré eux une appréhension. En se soumettant à l'expérience ils systématisent peut-être leur vie mentale et c'est pour

[1] *J. M. Vold.* Einige Experimente über Gesichtsbilder im Tranum. *Zeit. f. Psychol. und Physiol. d. Sinnsorgan.* XIII, p. 66-74.

Digitized by Google

cela, que dans toutes mes recherches rigoureuses, le sujet n'était pas prévenu que je pratique des expériences sur lui.

Pour les expériences sur les représentations visuelles pendant le rêve, le résultat met en évidence un certain rapport, parfois même assez net, entre l'objet fixé et le rêve. L'objet est dans la plupart des cas modifié, transformé. Un fait assez intéressant, remarqué par l'auteur dans plusieurs de ses travaux, c'est que ce qui paraît persister le plus dans le rêve de l'objet fixé, c'est sa couleur.

Comme recherches expérimentales méthodiques nous pouvons citer sous cette rubrique, celles de Fenizia de Woodworth, de Weed, Hallam et Phinney, de Clavière, etc. Fenizia [1], a expérimenté sur l'action suggestive des causes externes dans le rêve; les excitations indirectes sont toujours exagérées et les actions directes sont plus sensibles : de l'éther versé sur le côté gauche du sujet suggérait la sensation d'une forte chaleur. Woodworth [2] a expérimenté dix sujets; le but de ses recherches était de noter le nombre des images parues dans le rêve pendant un temps donné. La durée de chaque image est extrêmement courte; elle est de six dixièmes de seconde en moyenne, mais cela atteint facilement deux dixièmes et demie de seconde. Les sujets devaient noter avec des détails leurs images, la rêverie finie. Weed, Hallam et Phinney [3] ont étudié sept personnes pendant plusieurs semaines. Il faut retenir de ces recherches deux pourcentages intéressants, le premier sur la nature des images et le second sur la qualité affective des rêves.

1°	Images visuelles	84 0/0
	Images auditives	62 0/0
	Images tactiles	10 0/0
	Images olfactives	7 0/0
	Images gustatives	6 0/0
2°	Emotions désagréables	57 0/0
	Emotions agréables	28 0/0
	Neutres	6 0/0

Ces auteurs ont constaté également que les rêves les plus intenses sont ceux qui se rapprochent du réveil; la mémoire, le raisonnement, l'association des idées abondent dans les rêves [4].

III

La méthode éclectique

Sante de Sanctis est le plus digne représentant autant par le bon emploi qu'il en fait que par la persévérance de ses recherches de plus en plus débarrassées des nuances de clinicien. Sa méthode consiste dans l'emploi simultané de la méthode de Maury plus ou moins modifiée, c'est-à-dire de la méthode subjective, contrôlée et complétée par la méthode expérimentale (M. Vold), par

[1] *C. Fenizia.* L'azione suggestiva delle cause esterne nei sogni. *Archivio per l'Anthrop.* XXVI, 287-294.

[2] *Woodworth.* Note on the Rapidity of dreams. *Psychol Review* 1897 sept., IV, n° 5, p. 524-526.

[3] *Weed, Hallam and Phinney.* A Study of Dream Conciousness. *American Journal of Psychology*, 1896 avril, VII, 405-411.

[4] *Clavière.* La rapidité de la pensée dans le rêve. *Revue Philosophique*, XLIII, 507-512.

Digitized by Google

l'interrogatoire et encore par une autre méthode vraiment *objective*. Cet auteur entend par cette méthode l'observation directe de l'animal ou de l'individu pendant le sommeil. « Cette méthode, écrit de Sanctis est d'une grande valeur, car on peut la faire valoir aux plus sceptiques. Esquirol dans ses œuvres classiques, avouait, que souvent il veillait à côté du lit des aliénés pour étudier la mimique et les mouvements dans le but de deviner le contenu de leurs rêves. Et en fait, de l'état du pouls, de la respiration, de la mimique, des mouvements du corps, de quelques paroles entrecoupées, on peut presque toujours se faire une conviction si l'animal ou l'individu rêve et maintes fois on peut entrevoir dans les grandes lignes le contenu effectif du rêve en lui-même [1]. »

Indépendamment de Sante de Sanctis je suis arrivé à préconiser comme la meilleure méthode l'observation directe du sujet dormant et dans ma communication de l'Académie des sciences de Paris de 1899, séance du 17 juillet, où j'avais pris date de l'ensemble de nos recherches expérimentales sur les rêves, je présentais une méthode analogue au moins dans les grandes lignes. La date de ma note à l'Institut plaide, en dehors du contenu de la note, en faveur de ce que je viens d'annoncer ; le volume de Sanctis a paru d'ailleurs en Italie en 1899 et je ne l'ai connu que deux années et demie plus tard.

Cette méthode *de visu* a servi avec sujet aux auteurs pour étudier les rêves chez les animaux, Théodore Berr [2] a écrit même un travail sur le sommeil des poissons, Francis Day décrivit les émotions des poissons et les observations augmentent de jour en jour sur le sommeil et le rêve des chiens. Sante de Sanctis [3] consacre à ce sujet un chapitre très documenté par des observations personnelles et où il analyse, les réponses de quelques interrogations et questionnaires ; ses pages peuvent figurer honorablement à côté de celles de Burdach [4].

Voir un animal dormant, l'examiner au même titre que l'homme on arrive à dresser certains tableaux symptomatologiques. Le problème qui se pose est de savoir à quel état mental le que des muscles correspond ; l'analogie avec l'homme est logique, mais ce n'est qu'une analogie et extrêmement instable, quand on ignore même chez l'homme, au moins à l'état actuel de nos connaissances, les équivalents psychiques de toute la mimique musculaire.

IV

Le questionnaire et l'interrogatoire

La méthode n'a rien de particulier. On dresse simplement un questionnaire quelconque plus ou moins méthodique et parfois un nombre de questions, généralement simplistes : on cueille les réponses et on dresse des tableaux et des statistiques, analysant plus ou moins minutieusement le contenu des réponses. Parmi les enquêtes sur les rêves citons celles de Jastrow (sur les aveugles), Child, Heerwagen, Titchener, Sante de Sanctis, Vaschide (attention pendant le sommeil) etc. Heerwagen avait dressé un questionnaire très soigné qu'il avait distribué parmi les étudiants et il est arrivé à dresser une statistique très intéressante sur l'ensemble de la phy-

[1] *Sante de Sanctis*, op. cit. p. 33.
[2] *Th. Berr*, Der Schaf der Fische. *Neu Wiener Tageblatt* 1895, n° 196.
[3] *Sante de Sanctis*, ouv. cit. chap. III p. 37-44. éd. Italienne.
[4] *Burdach*, traité de physiologie. Tome V 1839, trad. française.

Digitized by Google

sionomie du sommeil et des rêves. Je reviendrai à ce sujet dans la revue générale consacrée aux enquêtes.

J. M. Vold, provoquait des enquêtes d'une manière un peu plus personnelle, sur les rêves musculaires et optiques, voici sa propre description de la méthode ; « L'après-midi ou le soir, nous nous réunissions au nombre de dix à quarante. J'expliquais assez minutieusement l'expérience en question et tout ce que je croyais important à faire pour qu'elle réussit, mais je me gardais de dire aux personnes présentes les résultats probables ou ceux qu'avaient eu les autres personnes qui s'étaient prêtées à l'expérience : nous fixions une ou deux nuits pour l'expérience — pas la première après notre séance (pour éliminer autant que possible son influence sur le sommeil de la nuit en question) ». Les personnes ne devaient pas aller dans le monde le soir qui précédait l'expérience et on les avait prié de ne pas se laisser distraire. On notait les considérations qui étaient entrées en jeu, dans les cas négatifs ; le lendemain les sujets s'engageant toujours à les faire connaître « chacun des exécuteurs remplissait un questionnaire contenant de vingt-deux à vingt-sept questions, sans compter les questions secondaires. Il va sans dire que le rêve de la dernière nuit — si l'on en avait fait un — jouait un rôle prépondérant dans le questionnaire rempli. La position dans laquelle se trouvaient les membres au réveil devait être dépeinte aussi exactement que possible ; aussi l'expérience elle-même et la manière dont elle avait été faite par l'expérimentateur étaient-elles dépeintes dans le questionnaire : sans cela, il ne m'aurait pas été possible de savoir si les règles données avaient été complètement suivies. Il fallait dire si l'on avait entendu parler des résultats d'autres sujets (réponse constante : non), etc. » Le lendemain de matin de l'expérience l'auteur après avoir reçu le compte-rendu, il renvoyait le questionnaire dans le cas où les réponses étaient incomplètes et il devait recevoir le jour même ou tout au plus le lendemain la réponse complète.

Le questionnaire ainsi compris rend sans doute de réels services et les résultats des recherches de J. Mourly Vold en était une preuve. L'individualité du sujet entre encore en jeu et nécessairement, mais nous tombons alors dans les reproches qu'on peut adresser à toute expérience psychologique, souvent plus précise et documentée que n'importe quel document objectif, dont les conditions psychiques sont souvent pauvres ou incomplètes.

Comme faits publiés par les auteurs qui ont utilisé la méthode du questionnaire, qui a donné à Galton de si intéressants résultats, ou encore l'interrogatoire, citons quelques-uns pour illustrer de quelques exemples la portée de cette méthode.

Heerwagen[1] a constaté que le sexe féminin a le sommeil plus superficiel que les hommes : 63 0/0 de ses sujets femmes avaient un sommeil plus léger, tandis que la proportion était seulement de 42 0/0 pour les étudiants et 44 0/0 pour les hommes en général. Les femmes ont un sommeil plus nourri en fait de rêves : 23 0/0, tandis que les étudiants présentaient un pourcentage de 30 0/0 et les hommes en général de 48 0/0. Avec l'âge les rêves diminuent ; entre 20 et 25 ans on a trouvé le maximum de la rêverie chez les étudiants. Il y avait un rapport direct entre la fréquence et la clarté, l'intensité ; les personnes qui rêvent plus se souviennent plus facilement de leurs rêves, celles qui ont le sommeil superficiel se rappellent plus rapidement et avec plus de détails leurs rêves, que celles qui dorment profondément. A la question de la

[1] F. Heerwagen, Statistiche Untersuchungen über Träume und Schlaf. *Philosophische Studien*, V. 1888, p. 88.

Digitized by Google

fréquence des rêves Heerwagen donne la statistique suivante :

Personnes qui rêvèrent à peu près toutes les nuits..	99
Personnes qui rêvèrent assez souvent.....	133
Personnes qui rêvèrent très rarement.....	153
Personnes qui rêvèrent de temps à autre.....	15
Réponses ambigues..	6
	406

Les questions de Heerwagen concernaient principalement la fréquence des rêves, l'intensité et le souvenir des rêves :

Sante de Sanctis est le dernier auteur qut est lancé un questionnaire sur le rêve[1]. Il a analysé principalement les réponses concernant ces cinq principales questions :

I. — Vous rêvez toujours, souvent, rarement, jamais?

II. — Vos rêves en général sont intenses ou à peine estompés ?

III. — Est-ce qu'ils sont habituellement très compliqués, sont-ils bizarres ou sont-ils simplement la reproduction des évènements les plus ordinaires de la vie ?

IV. — Habituellement le contenu de vos rêves se rapporte à vos occupations de la vie journalière ?

V. — Pouvez-vous rappeler vos rêves avec les plus petits détails ? Les souvenirs sont-ils sommaires ou vous n'avez aucun souvenir ?

Il a reçu 165 réponses de la part des hommes et 55 des femmes.

Voici en détail les chiffres de cette statistique :

I. — *Fréquence des rêves*

	Hommes	Pourcentage	Femmes	Pourcentage
Rêvent toujours.....	22	13,33	18	32,73
Rêvent souvent.....	45	27,27	15	45,45
Rêvent rarement..... .	83	50,30	7	12,73
Ne rêvent jamais ou ne savent donner aucun renseignement sur les rêves.	15	9,09	5	9,09

II. — *Vivacité des rêves*

Ont eu les rêves vivaces	56	37,33	33	66
Ont eu les rêves estompés	44	62,67	17	34

III. — *Contenu habituel des songes*

Font des rêves compliqués.	70	46,67	27	54
Font des rêves bizarres..	28	28,67	6	12
Font des rêves simples..	52	34,67	17	34

IV. — *Rapport du contenu de la vie du rêve avec les faits de la veille*

Admettent que le rapport a toujours lieu..... .	128	85,33	36	72
Admettent que assez souvent le rapport n'a pas lieu.....	22	14,67	14	28

[1] *Sante de Sanctis* : Ouv. cité, chap. VI, p. 135.

Digitized by Google

V. — *Mémoire des rêves*

Ont le souvenir chargé de détails.....	35	23,33	21	42
Ont un souvenir sommaire.....	83	55,33	24	48
N'ont habituellement aucun souvenir.....	32	21,33	5	5

Sante de Sanctis a utilisé le questionnaire sur bien des questions de l'étude du rêve. Citons entre autre son questionnaire sur les émotions et les rêves : il a posé les deux questions suivantes : 1° Si les émotions eues pendant la veille se répercutent dans le rêve ; 2° Si les émotions eues pendant le rêve se répercutent pendant la veille. — La réponse a été affirmative et l'enquête a porté sur 150 hommes normaux, sur 50 femmes normales, sur 60 aliénés (imbéciles et idiots), sur 125 criminels et 43 prostituées et sur un grand nombre de sujets épileptiques, hystériques, mélancoliques, sur des enfants, etc.

Je donne encore à titre de documents et pour de l'intelligence de l'orientation des enquêtes, le questionnaire suivant concernant les rêves des animaux ; il est dû également à Sante de Sanctis[1].

1° A quelle race appartient votre chien ?

2° Est-il un chien intelligent ? Devient-il facilement émotif (joie, douleur, colère, etc.) ou il est apathique et indifférent ?

3° Dort-il beaucoup ou peu ? A-t-il un sommeil tranquille ou interrompu ?

4° Quand il était petit, dormait-il plus qu'à l'état adulte ? Quand il est malade, comment dort-il ?

5° Quand il dort, fait-il des mouvements particuliers avec son museau ? Lorsqu'il aboie, selon vous, manifeste-t-il des émotions pendant le sommeil ? Quelles sont les manifestations les plus souvent répétées ?

6° Reproduit-il pendant le sommeil les émotions de sa vie habituelle, ou les émotions éprouvées pendant la journée ?

7° Les chiens rêvent plus tout jeunes, à l'état adulte ou pendant la vieillesse ?

8° Les changements atmosphériques ont-ils influence sur le sommeil et les rêves des chiens ?

9° Dites tout ce que vous savez sur le sommeil et les rêves des chiens.

Sante de Sanctis a dressé aussi un questionnaire sur les rêves et le sommeil des chevaux[2] : il contient cinq questions et se réfèrent à la durée du sommeil, à son état d'agitation, aux influences atmosphériques, à la race, etc. La plus intéressante est la question : « Ne croyez-vous pas que les chevaux rêvent ? Et si vous le croyez, d'après quels signes reconnaissez-vous un cheval qui dort ? » Les chevaux rêvent paraît-il !

Je voudrais exposer, avant de finir cette revue générale, ma méthode personnelle. Je m'occupe depuis bien des années de l'étude du rêve et du sommeil et j'ai pu recueillir un grand nombre de documents qui feront l'objet un jour d'une publication détaillée. J'en ai pris date lors de ma communication à l'Académie des sciences, le 17 juillet 1899[3]. Voici le résumé de ma méthode, tel que j'ai pu

[1] *Sante de Sanctis*. Ouv. cité, chap. III, p. 63.

[2] *Sancte de Sanctis*. Ouv. cité. Chap. III, p. 51.

[3] *N. Vaschide*. Recherches expérimentales sur les rêves. De la continuité des rêves pendant le sommeil. *Compte-Rendu de l'Académie des Sciences de Paris*. Séance du 17 juillet 1899.

Digitized by Google

l'exposer dans l'espace permis à une note à l'Institut : « Dans l'extrême majorité des cas, les sujets n'ont jamais été au courant de mes recherches. Notre méthode consiste à surveiller les sujets toute la nuit, ou au moins une partie de la nuit, et à les observer de tout près, recueillant avec soin les changements de physionomie, les gestes, les mouvements, de même que les rêves faits à haute voix et les rêves communiqués par les sujets, n'oubliant jamais de déterminer la profondeur du sommeil par des expériences préalables, notamment celles de Kolschutter, Spitta et Michelson. De temps en temps, dans certains cas, nous réveillons le sujet, en lui cachant toujours que son réveil avait été provoqué par nous, et soit laissant le sujet à lui-même, soit lui posant des questions, nous étions renseigné suffisamment sur son état d'esprit et ses rêves. Des réveils spontanés facilitaient parfois notre tâche. »

Le grand reproche qu'on pourrait adresser à presque tous les auteurs qui ont fait des recherches sur les rêves et que, presque jamais ne font attention à la nature et surtout à la profondeur du sommeil. Tout au plus si l'on fait quelques conjectures sur la distinction du sommeil superficiel du sommeil profond et comateux ; mes recherches, et je pense être le premier qui ait attiré l'attention des expérimentateurs sur ce fait, m'ont prouvé qu'aucune recherche ne pourrait être judicieusement conduite sans procéder à la mesure préalable de la profondeur du sommeil. Il y a en effet un rapport étroit entre la nature des rêves, leur enchaînement, leur broderie, en un mot leur structure et la qualité, si cette expression nous est permise, du sommeil[1].

Je crois en outre avoir été parmi les premiers, si on ne tient pas compte de quelques remarques précieuses d'Esquirol, qui ont fait l'apologie d'une méthode vraiment objective : l'examen du sujet endormi. Comme Sante de Sanctis, je crois qu'il est nécessaire de suivre toute l'évolution du sommeil d'un sujet, évolution qui devient extrêmement curieuse quand on examine des aliénés. Malgré la prévention *a priori* des fruits que pourrait donner cette méthode, elle est néanmoins la plus riche source de renseignements pour l'expérimentateur. Je ne veux anticiper sur l'exposition de mes recherches, mais je dois dire que l'expérience vous suggère des données inattendues et je comprends aisément l'enthousiasme de Sante de Sanctis pour les avantages de cette méthode. Le pouls a un langage musculaire spécial, il en est de même pour la respiration et avec un peu d'habitude on peut associer des rapports intimes avec les nuances les plus délicates des pulsations et des modifications respiratoires. La figure d'un sujet qui dort est particulièrement intéressante. J'ai passé un grand nombre de nuits à examiner et à étudier les personnes qui dorment ; noctambule dans ma manière de travail, j'ai pu perfectionner et acquérir des données vraiment objectives sur l'expression de la mimique, surtout depuis que j'ai eu l'occasion d'examiner les aliénés.

Esquirol avait raison de conseiller de veiller à côté d'un aliéné. Mais l'homme normal est pourtant aussi précieux à être étudié que l'aliéné ; les muscles vous imposent un langage particulier, les contractions et les tremblements des paupières vous donnent d'autres indices, de même que les contractions des massétères, des orbiculaires des lèvres, des muscles paucièrs, des temporaux, la dilatation des narines, la coloration de la figure, etc., toute la physionomie vous estompe presque un alphabet. Je crois être arrivé à

[1] Je compte faire sous peu une communication sur le rapport des rêves avec la nature du sommeil.

Digitized by Google

établir réellement un certain alphabet de ces nombreux complexus et d'ici à la divination de la pensée il n'y a qu'un pas : aussi mes recherches m'y ont conduit fatalement. Il y a dans l'aspect du dormeur, en d'autres mots, une foule d'indices que l'expérimentateur peut utiliser avec grand profit. La courbe des changements de la physiononomie pendant le sommeil est tout à fait intéressante, surtout quand elle est prise parallèlement avec celle des modifications physiologiques somatiques profondes, comme l'état du cœur et de la respiration par exemple, de même qu'avec la nature et l'aspect capricieux, surtout en apparence, du cycle des rêves de toute une nuit.

Un autre avantage que présente ma méthode est que le sujet n'est pas mis au courant avec la nature et le sens des recherches ; les expériences sont pratiquées en dehors de sa connaissance et on est de la sorte dans les meilleures conditions possibles, le sommeil naturel physiologique.

Il faut ajouter que le hasard vous fournit souvent des occasions qu'on ne saurait comment provoquer expérimentalement et rien n'est plus précieux pour des pareilles recherches que la présence de l'expérimentateur à l'évolution d'un cauchemar ou d'un réveil subit.

Pour ce qui concerne la meilleure méthode pour provoquer le réveil, elle varie selon les expériences. S. de Sanctis emploie l'excitation tactile, j'emploie de préférence l'excitation auditive. Elle me semble la plus précise. L'espace ne me permet pas d'insister sur les avantages et les inconvénients de ces différentes méthodes. Il y a là un point capital pour l'étude des rêves.

Avec ces précautions et suivant un plan délimité d'avance, les recherches expérimentales sur le rêve pourront être pratiquées sans grandes causes d'erreur. Que l'expérimentateur ne néglige jamais de surprendre les expériences, les résultats sont plus intéressants que lorsqu'on les provoqne. Le seul inconvénient, c'est qu'un pareil système de recherches réclame du temps et des occasions propices.

Ici finit cette première revue générale ; elle ne doit être considérée que comme une introduction à l'exposition des recherches expérimentales sur les rêves. A notre avis, la question de méthode est capitale, surtout dans ce domaine de recherches où l'observation est pratiquée sur un domaine fragile, flou et dont les aspects varient à l'infini. Les prochaines revues générales doivent contenir en principe l'exposition des travaux : une première concernera les travaux de Maury et des premiers expérimentateurs ; une seconde les enquêtes et une troisième les recherches modernes.

BIBLIOGRAPHIE

1° **Alfred Maury**. Le sommeil et le rêve. Etudes psychologiques sur ces phénomènes et les divers états qui s'y rattachent. Paris, 1861. 1 vol. 8°. VII + 426 p.; 2e éd. 1862, in-12°. VII + 426 p.; 3e éd. 1865, VII + 484 p.; 4e éd. 1878. Paris, Libr. Académ. Didier et Cie, VII + 476, p. L'édition est suivie des recherches de l'instinct et de l'intelligence dans leurs rapports avec le phénomène du sommeil et de plusieurs remarques et notes.

2° **Prévost**. Observations sur le sommeil. *Bibl. Univ. de Genève*, t. LV, p. 237. Littérature, 1834.

3° **Anonyme**. (Le marquis Hervey de Saint-Denis). Les rêves et les moyens de les diriger. Paris, 1876, in-8°.

Digitized by Google

4° **K. A. Scherner.** Das Leben des Traum. Berlin, 1861.

5° **W. Spitta.** Die Schlauf und Traumzustände der menschlichen Seele. 1878 Tübingen ; 2 ed. Freiburg, 1892.

6° **Radestock.** Schlaf und Traum. Leipzig, 1878.

7° **J. Delbœuf.** Le sommeil et les rêves. *Revue Philosophique*, 1879, p. 329-336, 494-588 ; 1880, pp. 129-169, 413-437, 632-649. — Paris, 1 vol. 1885.

8° **James Sully.** Etude sur les rêves. *Revue Scientifique*, 1882, XXX, 385-395.

9° **Max Simon.** Le monde des rêves. Paris, Ballière et fils. 1882, in-12°.

10° **Tonnini.** Suggestione e sogni. *Archivie di Psichiatria, antropologia criminale*, etc. 1887, III, fasc.

11° **De Sarlo.** I'Sogni, Saggio psicologico. Napoli, 1887, 1 vol. 8.

12° **F. Heerwagen.** Statistische Untersuchungen über Träume und Schlaf. *Philosophische Studien*, 1888, V, p. 88.

13° **J. Nelson.** A Study of Dreams. *American Journal of Psychlogy*, 1888, I, n° 3, p. 385.

14° **Jastrow.** The Dreams of the Blind. *The New-Princeton Review*. New-York, Januar 1888. — In *Fact and Fable in Psychology*, p. 337-371.

15° **c. M. Giessler.** Beiträge zur Phänomenologie des Traumlebens. Halle, 1888.

16° **Fr. E. Cane.** The Physiology of Dreams. *The Lancet*. Décembre 1889.

17° **c. M. Giessler.** Aus den Tiefen des Traumlebens. Halle. 1890, 1 vol. 210 p.

18° **T. Ladd.** Contribution to the psychology of visual dreams. *Mind*. Avril 1892.

19° **Ch. M. Child.** Statistics of « Unconscious Cerebration ». *Amer. J. of Psych.*. 1893, V, n° 2, p. 249.

20° **Fr. Paulhan.** A propos de l'activité de l'esprit dans le rêve. *Revue Philosophique*, 1894, t. XXXVIII, p. 546-548.

21° **Mary Wyton Calkins.** Statistics of dreams. *Amer. J. of Psychology*, V, 1893, avril, p. 311.

22° **W. Weygandt.** Entstehung der Träume. Leipzig. 1893.

23° **E. B. Titchener.** Taste dreams. *Amer. Journal of Psychology*, VI, 4, 1895.

24° **Greenwood.** Imagination in Dreams and Their Study, London, 1894.

25° **F. Hitschmann.** Über das Traumleben der Blinden. *Zeitschrift für Psychologie u. Physiol. d. Sinnesorgan*. VII, 5-6, 1894.

26° **P. Tannery.** Sur l'activité de l'esprit dans le rêve. *Revue Philosophique*, 1894, t. XXXVIII, 630-634.

27° **Graffunder.** Traum und Traumdeutung. 1894. Hamburg.

28° **Le Lorrain.** De la durée du temps dans le rêve. *Revue Philosophique*. 1894, t. XXXVIII. 275-279.

29° **C. L. Herrick.** Hallucinations of vision in children. *Journal of Comparat. Neurology*, Juli 1895.

30° **Havelock Ellis.** On dreaming of the dead. *The Psychological Review*, II, n° 5. Septembre 1895, p. 458-461.

31° **Le Lorrain.** Le rêve. *Revue Philosophique*, 1895, t. XI, p. 40-69.

32° **V. Egger.** La durée apparente des rêves. *Revue Philosophique*, juillet 1895.

33° **W. R. Gowers.** Subjective visual sensations. *Lancet*, 22 u. 29 juin 1895.

34° **Heller.** Studien zur Blinden-Psychologie. *Philosophische-Studien*, 1895, XI, Bd., p. 252.

Digitized by Google

35° **S. de Sanctis.** Emozioni e Sogni. *Rivista Speriment. di Freniadria*, 1896, XXII, 566-590. — *Dritter Internationales Congress für Psychologie*, 1896, p. 348.

36° **c. M. Giessler.** Die physiologischen Beziehung der Traumvorgänge. Halle, 1896, p. 47.

37° **E. Goblot.** Sur les souvenirs des rêves. *Revue Philosophique*, 1896, XLII, 288-290.

38° **J. M. Vold.** Einige Experimente über Gesichtsbilder im Traum. *Zeitschrift für Psychologie und Physiol. d. Sinnesorganen*, 1896, XIII, 66-74. — Communic. *Dritter Internat. Congress für Psychologie*, 1896, p. 355-357.

39° **J. M. Vold.** Expériences sur les rêves et en particulier sur ceux d'origine musculaire et optique. Publication française d'un travail écrit en norvégien. *Revue de l'Hypnotisme*, janvier 1896. Brochure. 1896, Christiania, 16 p., l'édition norvégienne est intitulée : « Jagttagelser om dromme, sarlig om dromme af mushular og optish oprindelse ». Christiania-Actie-Bogtrykkeriet, 1896.

40° **Fenizia.** Azione suggestiva della cause esterne nel sogno. *Archivio per l'antropologia*. Florence, 1896, v. XXVI, p. 287-294.

41° **S. Weed, F. Hallam and E. Phinney.** A Study of Dream consciousness. *American Journal of Psychology*. Avril 1896, VII, 405-411.

42° **E. W. Scripture.** Cerebral Light. *Studies from the yale Psychological Laboratory*. Bd. V, 1897.

43° **C. L. Franklin.** The color-vision of approaching Sleep. *The Psychological Review*, novembre 1897.

44° **J. Clavière.** La rapidité de la pensée dans le rêve. *Revue Philosophique*, 1897, XLIII, 507-512.

45° **L. Dugas.** Le souvenir du rêve. *Revue Philosophique*, 1897, XLIV, 220-223.

46° **L. Dugas.** Le sommeil et la cérébration inconsciente durant le sommeil. *Revue Philosophique*, 1897, XLIII, 410-421.

47° **Goblot.** Le souvenir du rêve. *Revue Philosophique*, 1897, XLIII, 672; XLIV, 329.

48° **R. S. Woodworth.** Note on the Rapidity of Dreams. *Psychological Review*, 1897, IV, 524-526.

49° **V. Benini.** La memorie e la durata dei sogni. *Ric. Ital. di Filosof.* 1898, XIII (I), 149-178.

50° **Weygandt.** Ueber die psychischen Wirkungen des Hungers. *Münch. Med. Wochenschrift*, 1892, n° 13.

51° **V. Egger.** Le souvenir du rêve. *Revue philosophique*, 1898, XLVI: 154-157.

52° **N. Vaschide.** Appréciation du temps pendant le sommeil. *Interméd. d. Biologistes*. 1898, I, 419.

53° **N. Vaschide.** Influenza dell' attentione durante il sonno. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1898, XXIV, 20-42.

54° **P. Tannery.** Sur la mémoire dans le rêve. *Revue Philosophique*, 1898. XLV, 636-640. — Sur la paximnésie dans le rêve. *Ibidem*. 1898, XLVI, 420-423.

55° **S. de Sanctis.** I Sogni Studi psicologici e clinici. Pic. bibliot. di Scient. modern. N° 17. Torino. Frat. Bocca 1899, p. 390. — Trad. allemande en 1900. Hall. (Carl Marhold), par le Dr O. Schmidt, avec une préface du Dr P. J. Möbius. 1 vol. 256 p.

56° **Havellock Ellis.** The Stuff that dreams are Made of. *Popular Science Monthly*, 1899, LIV, 721-735.

57° **A. Pilcz.** Ueber eine gewisse Gesetzmässigkeit in den Träume. Autoreferat. in *Monatschrift für Psychologie und Neurologie*, märz 1899.

Digitized by Google

58° **A. Pilcz.** Quelques contributions à la Psychologie du sommeil chez les sains d'esprit et chez les aliénés. *Annales Médico-Psychologiques*, 1899, IX, n° 1, 66-75.

59° **H. M. Stanley.** Artificial Dreams. *Science* N. S., 1899, IX, 263-264.

60° **N. Vaschide.** Recherches expérimentales sur les rêves. De la continuité des rêves pendant le sommeil. *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*. 1899, CXXIX, 183-186.

61° **E. J. G. Stumpf.** Der Traum und seine Deutung. *Leipzig*, 1899, p. 188.

62° **G. A. Andrews.** Studies of the dream Conciousness. Minor Stud. for. Psychol. Labor. Wellesley Col. IV. *American Journal of Psychology*, 1900, XII, 131-134.

63° **P. Näcke.** Die Forensische Bedeutung der Träume. *Archic für Krimi-Anthrop.*, 1900, V, 114-125.

64° **J. Mourly-Vold.** Ueber « Hallucinationen », vorzugliche « Gesichts-Hallucinationen », auf der Grundlage von auto-motorischen Zustanden und auf derjenigen von vergangenem Gesichts-Eindrucken. *Allgemeine. Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. LVII, Hf. VI, 1900, p. 834-866.

65° **Will S. Monroe.** Imagery in Dreams. *IV Congrès Internat. de Psychol.* Comptes-rendus. 1901. Alcan., p. 175-178.

66° **H. Piéron.** Sur l'interprétation des faits de rapidité anormale dans le processus d'évocation des images. IV, *Congrès internat. de Psych.* Comptes-rendus. 1900. Alcan., p. 439-447.

FAITS ET OPINIONS

THÉRAPEUTIQUE

Asile provincial de Ferrare. — Directeur: R. Tambroni.

LA DIÈTE HYPOCHLORURÉE DANS LE TRAITEMENT BROMIQUE DE L'ÉPILEPSIE

par

L. CAPPELLETTI
Sous-Directeur

A. D'ORMÉA
Premier Assistant

(Traduit par le Dr Colombani)

Si après les études, les expériences faites depuis tant d'années dans le but d'apporter un soulagement à une des plus terribles maladies qui affligent le genre humain, si, après l'emploi des médicaments les plus divers, nous n'avons pas encore fait un progrès réel dans la cure de l'épilepsie, on conçoit avec quelle satisfaction on doit saluer l'apparition d'une méthode de traitement qui semble appelée à rendre plus longue, plus sûre et plus efficace l'action du seul remède qui soit sorti victorieux d'une série d'expériences répétées, et qui depuis 1851 constitue le remède souverain contre l'épilepsie : le brome. L'honneur de la découverte de cette méthode appartient à un physiologiste et à un aliéniste français : — Richet et Toulouse.

Digitized by Google

En 1899, ces deux savants essayèrent sur des épileptiques une méthode de traitement qu'ils appelèrent métatrophique, consistant à combiner l'administration des sels de brome aux malades, avec un régime déchloruré obtenu par la suppression absolue du sel de cuisine dans les mets composants leur alimentation. En instituant ce régime les Drs Richet et Toulouse partaient de ce principe qu'en appauvrissant l'organisme des chlorures de sodium, on rend plus sensible l'action du brome et que les 2 gr. 19 que l'organisme retire des mets composants le régime spécial sont suffisants pour ses besoins.

La diète employée fut la suivante: lait, 1000 grammes, viande de bœuf, 200 grammes, 2 œufs, café 100 grammes, sucre, 50 grammes et beurre 40 grammes. Le sel de brome employé fut le bromure de sodium, à la dose maxima de 2 grammes.

Trente malades furent soumis au traitement. Les résultats de cette expérience furent très favorables : chez quelques malades les accès cessèrent pendant environ 6 mois, on put même pour certains réduire la dose de bromure bien au-dessous de 2 grammes.

Aucun phénomène anormal, consécutif au régime spécial, ne fut observé.

On constata en même temps que la diète déchlorurée ne suffit pas, seule, à diminuer les accès convulsifs et qu'elle nécessite toujours l'administration simultanée du bromure. Et pour établir au profit du système métatrophique un important et naturel *post hoc ergo propter hoc* les auteurs affirmèrent que le retour à la diète ordinaire amène inévitablement la réapparition fréquente des accès convulsifs.

Plus tard Toulouse publia seul les résultats des expériences concernant 20 épileptiques qui furent soumis à la diète déchlorurée pendant une période variant de 1 à 7 mois, et au genre d'alimentation accoutumé. Les résultats du traitement confirmèrent ceux précédemment obtenus avec Richet, et l'effet sédatif fut tel que les accès diminuèrent de 92 p. °/₀, les vertiges de 70 p. °/₀. L'état d'excitation ne fut pas modifié. L'auteur put confirmer l'inefficacité de la diète déchlorurée employée seule, et s'assurer de la grande sensibilité que l'organisme acquiert dans de telles conditions de régime alimentaire, à tel point que des phénomènes d'intoxication bromique se produisirent parfois, même à la dose de 4 grammes de bromure de sodium *pro die*. Chez les 20 malades traités on ne vit se manifester aucun trouble spécial, la nutrition générale, la force musculaire ne furent pas diminuées, on constata même chez plusieurs d'entre eux une augmentation de poids.

Malgré l'autorité des auteurs et les succès obtenus par la nou-

Digitized by Google

velle méthode, peu de recherches ont suivi les très importantes observations de Richet et Toulouse. En Italie, le premier qui s'en soit occupé et qui en ait fait une étude spéciale est le Dr Garbini. Nous pouvons citer, mais à titre d'observation isolée, 5 cas soumis à la cure métatrophique par Maragliano, Tamburini, Giucciardi et Bernardini. Garbini a trouvé que la méthode est d'une application facile et qu'elle est bien tolérée par les malades. Durant le traitement spécial des doses minimes de bromure (gr. 1) abaissent des 3/4 le nombre des accès, et les rendent de plus courte durée. Parfois la déchloruration seule a réduit de moitié le nombre des accès. L'auteur n'a jamais observé aucun inconvénient au traitement, et a constaté, en outre de la diminution des accès convulsifs, une amélioration de l'état mental et de l'état d'agitation. Les résultats favorables de la cure se manifestèrent également en employant du bromure de sodium, de potassium et d'ammonium.

Maragliano rapporte avoir expérimenté la méthode sur deux malades et obtenu de bons résultats. Les deux observations de Giucciardi et Bernardini donnèrent des résultats négatifs : dans le cas examiné par Giucciardi, et sur une fille épileptique traitée par la méthode Richet, par le professeur Tamburini, on observa un état de confusion mentale, une notable perte de poids, une légère augmentation de la température qui disparut dès que l'on suspendit la diète déchlorurée.

En dehors de l'Italie nous n'avons connaissance que de deux travaux sur la question : ceux de Helmstadt et de Balint. Helmstadt a contrôlé les expériences des savants français et en a conclu que les résultats obtenus par Richet et Toulouse sont surtout dus au repos au lit et au régime diététique, mais que l'on ne doit pas attribuer une grande influence à la diminution du chlorure de sodium ; selon cet auteur les doses de bromure administrées (2-4 grammes) sont déjà en elles-mêmes suffisantes pour diminuer les crises.

Balint soumit au nouveau mode de traitement 28 épileptiques, dont 19 invétérés et 9 récents. Il modifia la diète de Richet et Toulouse de la façon suivante : « Lait 1000-1500 gr., beurre 50 gr., 3 œufs, pain 300-400 gr. ; il fit absorber aux malades 3 gr. de bromure de potassium. Le chlorure de sodium contenu naturellement dans ce régime est de 2 grammes. Au 6e et au 7e jour commença l'amélioration de l'état des malades, et après 35-40 jours les accès avaient complètement disparu chez 80 p. 100 de ces malades. Les conditions générales physiques et psychiques s'améliorèrent avec le nouveau régime. Le traitement ayant été suspendu, les accès reparurent chez la majorité des malades, mais moins violents et plus rares qu'auparavant. Dans ce cas

Digitized by Google

où le traitement déchloruré fut maintenu pendant 3 mois, les accès ne reparurent plus.

Ici se terminent les observations clinico-thérapeutiques.

Maintenant se pose une question très importante, celle qui concerne le mécanisme biochimique de la méthode métatrophisique. Richet et Toulouse affirment que notre organisme se trouve dans un état de permanente hyperchloruration, qui ne paraît pas utile, et qu'en diminuant l'excès de chlorure ingéré on rend l'organisme plus sensible à l'action curative du brome sans troubler les conditions nécessaires au fonctionnement normal des échanges physiologiques.

Le brome selon les auteurs deviendrait plus efficace parce que dans l'organisme déchloruré, on verrait se former des composés du brome au lieu des composés du chlore. L'importance apparait évidente de cette théorie dont le corollaire pratique contredit la doctrine préexistante dans laquelle, selon les travaux de Maurice de Fleury, l'administration simultanée des sels de chlore et de brome serait très utile.

Que les sels de brome puissent dans notre organisme se substituer aux sels de chlore, cela avait déjà été expérimentalement démontré par Richet en 1878, par Kulz en 1886, par Menki et Schumow-Simanowsky en 1894, enfin par Laudenheimer en 1897. Un an après la publication du travail de Richet et Toulouse, parut une consciencieuse étude de Kumpf qui déclara être complètement opposé à la théorie biochimique des auteurs français et affirmant que leur mode de traitement n'était nouveau qu'en apparence.

Rumpf se fondant sur ses expériences personnelles et sur celles faites par d'autres, affirme que l'introduction copieuse de sels de chlore ne conduit pas nécessairement à un excès de chlorure de sodium dans l'organisme, parce que ce sel est constamment éliminé. Il ne croit pas admissible la théorie de la substitution du brome au chlore dans l'organisme, et il explique de diverses façons les effets bienfaisants du régime diététique adopté par Richet et Toulouse. Il affirme que depuis plusieurs années il a obtenu d'excellents résultats en traitant les épileptiques avec un régime composé principalement de lait et de légumes, auxquels il ajoute environ 100 grammes de viande cuite par jour ; il supprime d'une façon absolue le bouillon, le café, le thé, les substances extractives, les drogues irritantes, et réduit le sel de cuisine dans les aliments.

Concurremment avec ce régime, il administre au malade des sels de brome, en employant le système des doses croissantes et décroissantes, jusqu'à ce que la quantité nécessaire pour faire disparaître les accès, soit atteinte. L'auteur constate que ce

Digitized by Google

traitement est analogue à celui de Richet et Toulouse et il affirme qu'en l'employant il a été guidé par un critérium diamétralement opposé. Il est probable, écrit-il, que l'accumulation dans le système nerveux de certains produits de désassimilation encore inconnus, soit la cause déterminante des accès épileptiques. Ceci admis, on devrait considérer le traitement thérapeutique de l'épilepsie aux deux points de vue suivants :

1° Favoriser avant tout l'élimination des produits de désassimilation. Pour ne pas exciter outre mesure les fonctions du rein, l'auteur conseille de réduire l'introduction de l'albumine, des substances extractives et de limiter le chlorure de sodium, puisque une copieuse absorption de ce sel dans la viande et les poissons salés a pour conséquence un dépôt d'acide urique dans les tissus, occasionné soit par un obstacle dans l'élimination, soit par une désassimilation troublée. Et cela est d'autant plus nécessaire que l'introduction que l'on doit faire des sels de brome dans l'organisme produira une augmentation du travail du rein.

2° Chercher à neutraliser ces produits de désassimilation qui peuvent être la cause de l'épilepsie. Ces produits sont complètement inconnus, mais ils deviennent probablement inoffensifs en se combinant avec le brome. On connaît la facilité avec laquelle le brome se combine avec le crésol et c'est un fait certain que le brome se combine avec certains produits d'élimination de l'organisme, — irritants pour le système nerveux, — et qu'il forme avec eux des composés inoffensifs facilement éliminables.

En résumé, la diète employée par Rumpf, et qui, selon lui, ressemble beaucoup à celle indiquée par Richet et Toulouse, rendrait plus rare la production de substances toxiques, et le brome — administré simultanément — en se combinant avec les dites substances en faciliterait l'élimination. De ce double mécanisme biochimique proviendrait la notable amélioration observée chez les épileptiques en traitement.

Mais plus récemment ont paru deux importants mémoires de Laudenheimer et Laufer, qui viennent appuyer la théorie de la substitution du brome au chlore dans l'organisme : Laudenheimer augmentant de recherches nouvelles ses observations publiées en 1897, dit avoir constaté que le bromure de sodium, au début d'une cure, provoque une désassimilation active : une certaine quantité de chlorure de sodium est donc éliminée de l'organisme. Mais, au bout d'un certain temps, une sorte d'équilibre bromique s'établit, qui fait que le malade élimine autant de brome qu'il en a ingéré.

L'auteur estime que l'on peut admettre que l'action thérapeu-

Digitized by Google

tique du brome — tout au moins son action anti-épileptique — dépend plutôt de l'importance de la quantité de brome existant dans l'organisme et qui varie, suivant les individus, jusqu'à 5 gr. 2, au maximum — que de l'élévation de la dose journalière.

Cet auteur a en outre observé que chez les individus ayant un organisme pauvre en chlore (anémique, cachectique), il existe une tendance marquée à éliminer difficilement le brome, ce qui amène fréquemment du bromisme; qu'à la suite d'une ingestion de grandes quantités de chlorure de sodium, on observe une abondante élimination de brome. Ce résultat, tout en indiquant qu'une substitution du brome au chlore s'est opérée dans les tissus, révèle une méthode rationnelle thérapeutique pour combattre le bromisme.

Laudenheimer a en outre observé que la diète hypochlorurée est inefficace seule et que les accès, disparus avec le traitement spécial, reparurent de suite quand on eut ajouté 5 grammes de chlorure de sodium au régime.

Nous notons l'importance du tout récent travail de Laufer, lequel a étudié chez l'épileptique le rôle réciproque des sels de chlore et de brome, en dosant dans les urines le brome, le phosphore, l'urée, éliminés durant l'hypochloruration et avec le régime chloruré.

Laufer résume les résultats de ce travail de la façon suivante : « Nous pouvons conclure, relativement à l'action du » bromure dans l'hypochloruration, à une substitution, dans » une certaine mesure du brome au chlore. A cette substitution » correspond une élimination moindre de brome lorsque le sujet » suit un régime hypochloruré. Le sel marin, au contraire, » chasse le brome de l'organisme et augmente son élimination » qui devient à la fois plus rapide et plus intense; il favorise » également l'élimination des phosphates. »

Laufer a choisi comme sujet d'expérience un malade qui depuis plusieurs mois était soumis au régime lacté et à une dose quotidienne de 3 grammes de bromure de strontium, chez lequel, par conséquent, le rapport entre le brome et le chlore éliminés avec les urines était devenu constant.

Ce malade, un épileptique âgé de 36 ans, n'avait plus eu d'accès depuis que le régime hypochloruré avait été institué. L'auteur a observé chez ce malade, pendant six jours consécutifs l'élimination du brome et du phosphore. Puis, pendant les cinq jours suivants, le malade, alité, fut soumis au régime lacté et reçut 3 grammes de bromure de strontium par jour; on ajouta ensuite à son lait 15 grammes de chlorure de sodium par jour, et cela pendant deux jours, puis 25 grammes du même sel par jour durant les trois derniers jours. Dans cette nouvelle

Digitized by Google

période, l'auteur mesura l'élimination des dits éléments et prit simultanément la moyenne de l'urée.

Au point de vue qui nous intéresse, — l'élimination du brome, — nous remarquons un fait très important constaté par Laufer : que l'adjonction du chlorure de sodium dans la proportion où nous l'ingérons habituellement (15-25 grammes), détermine l'élimination par l'organisme d'une quantité double de bromure ; au contraire, on observe une élimination plus faible, et par conséquent une certaine rétention du brome, avec l'hypochloruration.

On constate que l'importance de cette loi biochimique — qui réglerait l'action réciproque des sels de brome et de chlore sur notre organisme — apparaît très évidente. Elle donne en effet à la méthode métaphysique une base absolument scientifique. Elle permet de réduire à néant les assertions d'Helmstadt, qui prétendit que les bons résultats de la cure étaient dus au régime, au séjour au lit, plus qu'à la suppression du chlorure de sodium. Elle répond aussi victorieusement aux critiques acerbes de Rumpf.

La grande quantité d'observations recueillies — en donnant à la méthode métaphysique la consécration de la pratique — a démontré que le régime hypochloruré n'occasionne aucun trouble particulier, et cela confirme les assertions de Laufer qui le définit : « Une alimentation quelconque, pourvu qu'elle cons-» titue un régime, au sens physiologique du mot, contenant en » elle-même, et sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter un atome, » suffisamment de sel pour subvenir à nos besoins. »

La question étant ainsi posée, il nous a paru utile d'expérimenter la méthode, et pour obtenir la plus grande exactitude possible nous nous sommes réparti les examens, les observations et la surveillance des malades, afin d'éviter toute cause d'erreurs. Nous avons soumis au traitement 20 malades, dont 11 hommes et 9 femmes. Tous sont atteints d'accès convulsifs graves, sauf deux, chez qui dominent les accidents psychiques, avec la forme somatique et psychique la plus accusée de l'épilepsie. Le bromure est administré à tous à la dose variable de 3 à 8 grammes *pro die*.

Au début du traitement, tous les malades ont été soumis à un soigneux examen somato-psychique et l'on a déterminé leur poids. La diète — d'où le sel de chlore était rigoureusement exclu — fut modifiée en l'adaptant aux habitudes des malades et circonscrite presque aux limites de la diète ordinaire. La dose de bromure fut dès le premier jour porté à 2 grammes. Les malades ne furent pas gardés au lit, mais, au contraire, laissés à leurs occupations ordinaires. Il était en effet intéressant d'es-

Digitized by Google

sayer les effets de la méthode sur les conditions de vie habituelle, en admettant qu'il y eut nécessité, comme pour la cure exclusive par les sels de brome. de prolonger le traitement pendant des mois et des années.

Pour apprécier et suivre les accès pendant le traitement, nous avons déterminé leur moyenne pendant les six mois qui ont précédé la cure et pendant les deux mois qui l'ont suivie. La cure a une durée de 40 jours, qui nous ont semblé être une période suffisante pour formuler des conclusions ; ces résultats forment la partie essentielle de notre étude, à laquelle nous ajouterons les observations ultérieurement prises. Avant de conclure, nous résumerons brièvement l'histoire du malade et la marche du traitement :

Observation I. Epilepsie motrice et psychique. — B. Olivo, 58 ans, marié, bouvier, hérédité incertaine. Constitution physique faible ; caractères nombreux de dégénérescence somatique. Intelligence médiocre ; caractère impulsif et violent ; atteint de pellagre. Epileptique depuis environ 8 ans, avec accès typiques de grand mal, et troubles psychiques très graves. Entré à l'Asile en Janvier 1900. A été soumis au traitement chirurgical sans résultats, et très longuement à la cure bromique, à la dose de 3 grammes par jour, sans résultats bien appréciables.

Moyenne mensuelles des accès convulsifs : avant 5, pendant 5, après la cure 3, 5.

Poids du corps au début de la cure 60 k. 800, et à la fin 60 k. 300.

Observation II. Epilepsie motrice et psychique. — B. Giuseppe, 46 ans, marié, villageois; Pas de tares héréditaires. Constitution physique robuste : pas de symptômes de dégénérescence somatique, intelligence médiocre. caractère irascible, dominateur, bigot, onctueux. Est épileptique depuis l'âge de 30 ans, avec accès de grand mal typiques et graves, et troubles psychiques postérieurs avec accès, très prolongés et très dangereux, a fait trois séjours à l'asile depuis le mois de mai 1897. A toujours pris du bromure de potassium et, en dernier lieu, à la dose quotidienne de 4 grammes, sans résultats avantageux.

Moyenne mensuelles des accès convulsifs: avant la cure : 3, 1, pendant : 3, après : 3.

Poids du corps au début : 61 k. 500, et à la fin de la cure 64 k.

Observation III. Epilepsie motrice et psychique. — C. Domenico, âgé de 43 ans, célibataire, ouvrier, ne présente pas d'hérédité pathologique : constitution physique ordinaire, pas de caractère de dégénérescence somatique. Intelligence très médiocre ; caractère sournois, taciturne, irascible. Epileptique depuis l'âge de 10 ans, avec accidents moteux rares, et troubles psychiques très graves et violents. Tendance au suicide. Est à l'asile depuis le mois de janvier 1888, a suivi longuement et avec efficacité la cure bromique, à la dose de 3 grammes par jour.

Digitized by Google

Moyenne mensuelles des accès convulsifs : avant la cure : 0, pendant : 0, après la cure : 2, 5.

Poids du corps au début et après la cure : 61 kilog.

Observation IV. Epilepsie motrice et psychique. — B. Luigi, 37 ans, célibataire, ouvrier. Semble n'avoir aucune tare héréditaire. Constitution physique défectueuse et faible, présente de la cyphose et de la scoliose dorsales : stigmates abondants de dégénérescence, onanisme. Intelligence ordinaire, caractère irascible, impulsif. Epileptique depuis l'âge de 7 ans, avec accès typiques de grand mal, et troubles psychiques graves, a été atteint de mélancolie anxieuse, avec hallucinations, idées délirantes, manie du suicide, desquelles il guérit. Est à l'asile depuis 1890. A fait une longue cure au bromure (dose 6 grammes par jour), sans beaucoup de succès.

Moyennes mensuelles des accès avant : 3, pendant : 1, après : 3.

Poids du corps au début 55 k. à la fin, 56 k. 500.

Observation V. Imbécillité épileptique. — B. Carlo, 37 ans, célibataire, mendiant. Le père est un original ; la mère, hystérique, est à l'asile. Bonne constitution physique, stigmates évidents de dégénérescence somatique onanisme. Intelligence presque nulle ; caractère sournois, fréquemment violent. Epileptique dès l'âge de 3 ans, avec accès typiques de grand mal, et graves accès impulsifs de violence. Est à l'asile depuis juillet 1898. A retiré quelque avantage de la cure bromique à la dose de 3 grammes par jour.

Moyennes mensuelles avant : 5, 5, pendant : 8, après : 4, 5.

Poids du corps au début 54 k. à la fin 55 k.

Observation VI. Imbécillité épileptique. — V. Giuseppe, 30 ans, célibataire, cordonnier, un frère épileptique. Constitution physique robuste, nombreux stigmates de dégénérescence somatique. Intelligence très médiocre ; caractère impulsif et violent. Epileptique depuis l'âge de 5 ans, avec accès convulsifs extrêmement rares, mais avec fréquents et très graves troubles psychiques. A l'asile depuis août 1887. Sans changement de son état malgré une cure prolongée de bromure à la dose de 8 gr. par jour.

Pendant toute la période d'observation aucun accès convulsif. Sans variations psychiques.

Observation VII. Epilepsie motrice et psychique. — R. Rodolfo, 29 ans, célibataire, ouvrier, aucune tare héréditaire. Constitution physique bonne. Les caractères de dégénérescence somatique sont évidents. Intelligence plus que médiocre ; caractère violent, soupçonneux, coléreux, cruel ; tendance au suicide, et à l'incendie. A 3 ans il eût quelques convulsions isolées et rares ; à 14 ans il devint épileptique, avec accès typiques de grand mal, graves et fréquents. Depuis 1892 est venu 3 fois à l'Asile, dans des conditions toujours identiques. La cure bromique pratiquée à des doses très élevée, est restée absolument inefficace.

Moyennes mensuelles des accès avant : 22, pendant : 16, après : 11, 5.

Poids du corps au début 69 k. 300, à la fin 70 k. 500.

Digitized by Google

Observation VIII. Epilepsie motrice et psychique. — M. Roberto, 25 ans, célibataire, bouvier, pas d'hérédité pathologique. Constitution physique robuste, nombreux stigmates de dégénérescence somatique. Intelligence assez éveillée. Caractère emporté, violent, cruel. Est épileptique depuis sa naissance, avec accès typiques de grand mal, et graves troubles psychiques.

Depuis 1890 a séjourné 3 fois à l'asile dans des condltions toujours identiques.

La cure au bromure est restée sans effet.

Moyennes mensuelles des accès avant : 5, 5, pendant : 5, après : 10.

Poids du corps au début 69 k. 500, à la fin, 68 k. 200.

Observation IX. Imbécillité épileptique. — P. Pietro, 24 ans, célibataire, paysan, pas d'hérédité morbide, bonne constitution physique, stigmates évident de dégénérescence somatique. Imbécile. Caractère habituellement doux et bon, parfois coléreux. Céphalalgie, Rachitisme. Epileptique depuis l'âge de 16 ans, avec accès typiques de grand mal, et graves troubles psychiques. Entré 2 fois à l'asile depuis 1895, sans que son état ait été modifié. La cure bromique à hautes doses est restée inefficace.

Moyennes mensuelles : avant : 5, pendant : 3, après : 2.

Poids du corps au début 72 k. à la fin 74 k.

Observation X. Imbécilité épileptique. — L. Armando, 24 ans célibataire.

Constitution faible, caractères de dégenérescence évidents. Imbécillité. — Caractère faible, irascible et pointilleux. Epileptique de naissance avec accès très graves. A subi la craniectomie sans résultats. Est à l'asile depuis le mois de mars 1895. La cure bromique a été sans efficacité.

Moyennes mensuelles avant 8, pendant 6, après 13.

Poids du corps au début, 50 k. 300, à la fin, 51 kilos.

Observation XI. Idiotie épileptique. — M. Augusto, 20 ans, célibataire, ouvrier, une tante paternelle est morte épileptique à l'asile.

Constitution physique plutôt grêle, stigmates abondants en dégérescence somatique. Idiotie. — Onanisme. Caractère taciturne, dominateur, impulsif.

Epileptique depuis l'âge de 9 ans avec de très forts accès convulsifs. Est à l'asile depuis le mois de mai 1898. Le bromure à la dose de 5 grammes par jour est resté inefficace.

Moyennes mensuelles, avant 8, pendant 14, après 7.

Poids du corps au début 67 kil., à la fin 69 kilos.

Observation XII. Epilepsie motrice. — P. C. Rosa, 48 ans, ouvrière. Pas d'hérédité mobile. Constitution : déchéance physique, aucun symptôme précis de dégénérescence somatique ; Menstruation régulière, a eu d'accouchements normaux. Intelligence très médiocre, caractère bon et tranquille. Atteinte d'epilepsie de 8 à 16 ans, puis de nouveau à 19 ans. Présente des accès typiques de grand mal, peu fréquents, mais graves. Entrée à l'asile de juin 1885, y est encore. Peu de succès obtenus par la cure bromique.

Digitized by Google

Moyenne mensuelle des a. c. Avant 2-5, pendant 1, après 0-5.
Poids du corps au début 50 k. 400, à la fin 47 k. 500.

Observation XIII. Epilepsie motrice et psychique. — G. Pasqua, 43 ans. Constitution physique assez bonne. Stigmates abondants de dégénérescence somatique. Intelligence ordinaire Caractère souvent extravagant. A eu une couche normale. Réglée à 16 ans souffre depuis lors d'épilepsie, avec accès très violents, mais peu fréquents, et des troubles psychiques graves. A manifesté plusieurs fois des tendances au suicide. Est à l'asile depuis le mois de mai 1900. Cure bromique à 4 gr. par jour restés sans résultat.

Moyenne mensuelle des accès, avant 2 pendant 0, après 1-5.
Poids du corps au début, 55 kil. 4, à la fin 56 kilos.

Observation XIV. Epilepsie motrice psychique. — B.B. Ermelinda, 33 ans, mariée, ménagère. Pas de symptôme d'hérédité nerveuse psychopatique. Bonne constitution physique, pas de stigmates de dégénérescence. Caractère affable et vif, quelquefois irascible. Un peu nymphomane.

A eu 5 accouchements normaux et un avortement.

Epileptique depuis l'âge de 23 ans, époque de sa première grossesse, avec accès typiques et fréquents de grand mal, et troubles psychiques très graves. Depuis 1898 est venue à l'asile 4 fois sans variation notable dans son état. A toujours pris du brome sans résultats.

Moyenne mensuelle des accès, avant 19, pendant 0, après 5-5.
Poids du corps au début, 46 k. 400, à la fin 51 k. 500.

Observation XV. Epilepsie motrice et psychique. — F. Adèle, 29 ans, non mariée, ouvrière, la mère est épileptique. Constitution physique bonne sans stigmates apparents de dégénérescence. Intelligence médiocre. Caractère méfiant, onctueux, irrégulier. Epileptique de naissance avec accès convulsifs très graves et accès suraigus, suivis de notables troubles psychiques. Entrée 2 fois à l'asile depuis 1889. La cure bromique constamment appliquée, a été inefficace.

Moyenne mensuelle des accès avant 7-5, pendant 0, après 12-5.
Poids du corps au début 57 k. 400, à la fin 58 k. 500.

Observation XVI Epilepsie motrice et psychique. — T. Argia, 25 ans, célibataire. Un oncle paternel est mort épileptique à l'asile. Constitution physique bonne, pas de stigmates de dégénérescence. Menstruation tardive et irrégulière. Intelligence très médiocre. Caractère soupçonneux et vif. Pas de moralité. Epileptique depuis l'âge de 12 ans, avec accès typiques de grand mal assez fréquents et importants troubles psychiques avec tendance au vol et au suicide.

Entrée à l'asile en juin 1901, en est sortie en septembre suivant, avec amélioration notable. La cure bromique faite longuement n'a donné aucun avantage.

Moyenne mensuelle des accès avant 30, pendant 0.

Observation XVII. Imbécillité épileptique. B. Augusta, 24 ans, non mariée. Pas d'hérédité morbide. Constitution physique robuste.

Digitized by Google

Abondants stigmates de dégénérescence somatique. Menstruation irrégulière. Imbécile. Caractère habituellement bon, parfois bizarre. A été atteinte de polyarthrite. Epileptique très grave depuis l'âge de 11 ans, avec accès de grand mal et tendance au suicide, et à l'incendie. Est à l'asile depuis le mois de mars 1895. A eu des périodes d'état de mal répétées. A pris presque continuellement du bromure sans résultat.

Moyenne mensuelle des accès avant 29, pendant 22, après 15.

Poids du corps au début de la cure 47 k. 400 après 47 k. 600.

Observation XVIII. Epilepsie motrice et psychique. — L. Marcella, 23 ans, non mariée, jardinière. Aucune tare héréditaire. Constitution physique grêle. Stigmates manifeste de dégénérescence somatique. Intelligence normale. Caractère taciturne, pointilleux. Eut à 8 ans un accès convulsif isolé très fort. Devenue épileptique à 10 ans, avec accès typiques de grand mal, tendance au suicide, à l'impudicité, à la violence. Est à l'asile depuis le mois de juin 1901, où elle a été soumise constamment à la cure bromique avec quelques succès.

Moyenne mensuelle des accès avant 7, pendant 0, après 5-5.

Poids du corps au début, 45 k. 400, après 47 k. 500.

Observation XIX. Imbécillité épileptique. — G. Angèla, abandonnée, 22 ans, non mariée, mendiante. Constitution physique grêle, stigmates accusés de dégénérescence somatique. Imbécile. Caractère violent, irascible. Epilepsie très grave depuis l'âge de 2 ans. Est à l'asile depuis le mois de mars 1894, et a toujours suivi la cure bromique presque sans résultats avantageux.

Moyenne mensuelle des accès avant 17, pendant 6, après 10-5.

Poids du corps au début, 47 k. 500, à la fin, 46 k. 700.

Observation XX. Imbécillité épileptique. — P. Enrica, abandonnée, 12 ans. Constitution physique grêle, stigmates de dégénérescence somatique très abondants. Imbécillité grave. Caractère emporté. Epileptique de naissance, avec accès typiques de grand mal très forts et fréquents. Est à l'asile depuis le mois d'avril 1898. A pris du bromure à la dose de 4 grammes par jour, sans aucun résultat.

Moyenne mensuelle des accès avant 17-5, pendant 3, après 14-5.

Poids du corps au début 27 k. 200 à la fin 24 k. 600.

Conclusions. — Nous devons tout d'abord déclarer que les malades se sont décidés sans répugnance marquée à entreprendre la cure hypochlorurée, et cela dans l'espoir d'obtenir une amélioration de leur état, espoir qui est toujours ardent chez un malheureux. Aussi les vit-on vaincre sans trop d'efforts la contrariété naturelle résultant de la suppression d'un condiment auquel, et spécialement en Italie, on est fortement habitué. Malgré l'instabilité d'esprit qui caractérise la majeure partie des épileptiques, nos malades, après 4 ou 5 jours, s'étaient soumis au nouveau régime ; ils mangeaient avec appétit, goûtaient les mets avec plaisir, et quand la cure fut suspendue,

Digitized by Google

plusieurs d'entre eux, — réconfortés par la diminution des accès, et sous l'impression d'un plus grand bien-être général, — protestèrent contre cette suppression. Ces résultats prouvent que les assertions de Féré et Näcke, — qui tendent à démontrer que les médecins trouveront de sérieux obstacles à vaincre la répugnance des malades à se soumettre à un régime absolument privé de sel — sont injustifiées.

Nous, nous n'avons observé chez les malades, pendant toute la période de la cure, aucun trouble spécial grave, bien que le traitement ait été commencé par nous par la suppression brusque et totale du sel et l'administration simultanée du sel de brome qui, comme nous l'avons déjà dit, fut dès le début porté à la dose de 2 grammes. Nous observâmes seulement dans les 10 premiers jours de la cure une certaine exacerbation dans le nombre des accès, occasionnée sans doute par la diminution brusque du sel de brome. Aucune modification du pouls, de la température, aucune aggravation de l'état psychique ; au contraire certains malades présentèrent un certain degré d'euphorie, une plus grande lucidité, mentale et une tranquillité plus constante.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les effets de la cure sur les accès convulsifs et sur l'état de la nutrition générale, déterminé le poids du corps, et, pour plus de clarté, nous en avons déduit la moyenne.

Dans le TABLEAU I ci-dessous, on voit les **Effets pendant la cure :**

a. — Sur le nombre des accès. Les calculs ont été établis sur 19 malades : Le nommé V. Giuseppe qui n'a pas eu d'accès ayant été exclu de ce travail.

Accès suspendus	chez 5 malades.....	26 p. 0/0	68 p. 0/0
Accès diminués	chez 8 malades.....	42 p. 0/0	
Accès sans variation	chez 4 malades.....	21 p. 0/0	32 p. 0/0
Accès augmentés	chez 2 malades.....	11 p. 0/0	

b. — Sur le poids du corps,

Augmentation chez 14 (70 p. 0/0). Maxim.: 5 k. 1. Minim.: k. 0.2. Moyenne 1 k. 79
Sans variation — 1 (5 p. 0/0).
Diminution — 2 (25 p. 0/0). Maxim.: 2. 9. Minim.: k. 05. Moyenne 1 k. 06

Il ne paraît pas nécessaire de s'attarder à analyser les résultats indiqués par ce tableau, qui est très clair, et duquel résultent deux faits très importants qui témoignent en faveur de la méthode de Richet et Toulouse : 1° la diminution considérable des accès convulsifs (68 p. 0/0) en regard d'une minime augmentation (11 p. 0/0). 2° l'augmentation du poids du corps dans la grande majorité des cas (70 p. 0/0).

Digitized by Google

Puisque nous entendons rester exclusivement objectifs dans cette étude, nous ne commencerons pas à examiner les chiffres qui suivent l'augmentation des accès, ou la diminution du poids du corps, bien que l'on puisse supposer que ces résultats proviennent encore plus d'autres causes que de l'action absolue de la méthode métatrophique. Nous nous bornerons à faire remarquer que la moyenne ordinaire de fréquence des accès varie très peu chez la majorité des malades, et que la diminution du poids du corps atteignit un maximum inférieur — de plus de la moitié — des chiffres qui indiquent l'augmentation vérifiée sur 70 p. 0/0 des malades: ce qui prouve que l'augmentation du nombre des accès convulsifs n'a pas une tendance à être beaucoup sensible, et que la déchéance de l'état de la nutrition générale, outre qu'elle est moins fréquente, est encore moins importante que l'amélioration.

Nous remarquerons ainsi que, tant chez les malades parmi lesquels le nombre des accès a diminué, que chez ceux dont le nombre des accès n'a pas varié, on s'est élevé sérieusement, les accès convulsifs se sont *toujours* produits moins violents et plus courts.

Ajoutons enfin qu'en ce qui concerne les troubles psychiques, nous n'avons constaté chez l'unique malade placé en observation, aucune modification. Quant aux résultats en ce qui concerne le sexe, ils ont été plus avantageux chez les femmes que chez les hommes.

Maintenant examinons les effets immédiatement consécutifs à la suspension de la cure, et que nous avons observés pendant les 2 mois qui ont suivi ladite interruption. Ces résultats sont indiqués dans le tableau ci-dessous, rassemblés et présentés par moyenne.

Le TABLEAU II donne les **Effets qui ont suivi la cure.**

a. — Sur le nombre des accès. Le calcul a été établi sur 18 malades (exclus les nommés V. Giuseppe et T. Argia sortis dans le mois de septembre).

Accès diminués	chez 12 malades....	67 p. 0/0	67 p. 0/0
Accès sans variation	chez 2 malades....	11 p. 0/0	33 p. 0/0
Accès augmentés	chez 4 malades....	22 p. 0/0	

b. — Sur le poids du corps. Le calcul a été établi sur 19 malades. (La nommée T. Argia non comprise).

Augmentation chez 10 (52 p. 0/0. Maxim.: 4 k. 2. Minim.: 0 k. 4. Moyenne : 1 k. 95
Sans variation — 1 (5. 2 p. 0/0).
Diminution — 8 (42 p. 0/0). Maxim.: 7 k. Minim.: 0, 9. Moyenne : 2 k. 84

Ces chiffres démontrent que les accès ont continué à diminuer dans une proportion presque égale à celle obtenue pendant la diète hypochlorurée. Cela tendrait à prouver que les effets

Digitized by Google

du régime sans chlorure de sodium ne sont pas passagers, comme certains le prétendent ; que ces effets pourraient persister jusqu'à ce que l'organisme soit de nouveau saturé de chlorure, c'est-à-dire ne soit plus dans les conditions requises pour ressentir aussi efficacement l'action du brome. On ne pourra pas attribuer cette amélioration continue à l'adjonction faite par nous, dans la moitié du mois de septembre, de 1 à 2 grammes de brome employés pendant la cure hypochlorurée, cette dose étant trop faible pour produire une aussi notable amélioration ; une quantité de 3 grammes de bromure avait été donnée journellement, administrée depuis longtemps aux malades avant d'entreprendre la méthode de traitement de Richet et Toulouse.

Notons aussi un autre fait très important : la suppression brusque du régime spécial n'eut pas pour conséquence la réapparition d'un même nombre d'accès convulsifs, et ne détermina pas ces états du mal épileptique, qui selon Richet et Toulouse, pourraient se présenter au moment de l'interruption subite de la diète hypochlorruée. Il est évident que le conseil d'éviter ces brusques passages d'un régime à l'autre est sage, mais au moins en ce qui concerne nos résultats, cette précaution ne nous semble pas indispensable.

De l'examen du tableau ci-dessus il est possible de dégager un nouveau fait : le poids du corps n'est pas augmenté par la reprise de la diète ordinaire et, dans les cas où cette augmentation se produit, le maximum de poids acquis est inférieur à celui que l'on constate avec le régime hypochlorurè ; le chiffre de diminution de poids est d'autre part presque trois fois supérieur. Ces résultats confirment l'opinion émise par Laufer : qu'une alimentation quelconque, pourvu qu'elle constitue un régime dans le sens physiologique du mot, contient en elle-même suffisamment de sel, sans qu'il soit besoin d'en ajouter pour les besoins de l'organisme.

Voici les résultats qui découlent de notre première série de recherches, et auxquels nous ajouterons ensuite les notions positives ou négatives qui nous fourniront nos observations ultérieures.

Pour le moment nous pouvons conclure :

1° Que le régime préconisé par Richet et Toulouse possède une action considérable et une efficacité non douteuse sur le nombre, l'intensité et la durée des accès convulsifs ;

2° Que ce régime n'occasionne aucun trouble appréciable ;

3° Que l'état psychique est souvent amélioré par la méthode ;

4° Que la nutrition générale s'est améliorée dans la majorité des cas observés ;

5° Que la suppression du régime n'enraye pas du moins pour un certain temps, l'amélioration observée et qu'elle ne produit pas d'exacerbation inquiétante des accès convulsifs, même lorsqu'elle est opérée brusquement ;

6° Que le retour à la diète chlorurée n'améliore pas l'état de la nutrition générale.

Dans le tableau qui suit sont résumés et présentés suivant des moyennes les résultats obtenus chez les malades observés, avant, pendant et après la cure métatrophique :

Digitized by Google

TABLEAU

RÉSUMÉ DES

Numéros des observations	MALADES SOUMIS A LA CURE			Nombre d'accès convulsifs constatés malades pendant la période									
				Avant la cure spéciale								pendant la cure	
	Noms	Sexe	Age	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet (1-19)	Moyenne mensuelle	Juillet (20-31)	Août
1	B. Olivo.....	Masculin	58	4	4	6	5	5	6	3	5	2	5
2	B. Giuseppe.....	»	46	3	2	4	2	4	3	1	3.1	3	3
3	C. Domenico.....	»	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	B. Luigi.....	»	37	4	5	2	2	4	3	1	3	0	1
5	B. Carlo.....	»	37	6	7	4	8	5	4	2	5.5	3	8
6	V. Giuseppe.....	»	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	R. Rodolfo.....	»	29	18	25	24	20	24	20	14	2	9	16
8	M. Roberto.....	»	25	6	4	7	6	4	6	2	5.5	3	5
9	P. Pietro.....	»	24	7	6	4	4	5	6	2	5	1	3
10	L. Armando.....	»	21	10	6	9	8	10	8	3	8	3	6
11	M. Augusto.....	»	20	7	10	8	12	7	4	6	8	2	14
12	P.-C. Rosa.....	Féminin	48	1	3	2	1	3	2	2	2.5	3	1
13	G. Pasqua.....	»	43	2	1	1	3	3	2	2	2	1	0
14	B.-B. Ermelinda..	»	33	21	18	23	24	14	18	8	19	6	0
15	F. Adèle.....	»	29	6	12	3	7	8	7	8	7.5	1	0
16	T. Argia.....	»	25	»	»	»	»	»	»	20	30	10	0
17	B. Augusta.....	»	24	31	28	25	30	32	29	15	29	14	22
18	L. Marcella.....	»	23	»	7	6	8	7	8	6	7	0	0
19	G. Angela.....	»	22	20	16	15	18	16	17	10	17	6	6
20	P. Enrica.....	»	12	18	16	17	15	15	20	13	17.5	9	3

Digitized by Google

III

OBSERVATIONS

chez les d'observation			POIDS DU CORPS des malades			Résumé des modifications par rapport à la période précédant la cure							
Après la cure						sur le nombre des accès				sur le poids du corps			
						pendant la cure		dans le trimestre suivant la cure		à la fin de la cure		deux mois après la cure	
Septembre	Octobre	Moyenne mensuelle	au début de la cure	à la fin de la cure	deux mois après la cure	Aug.	Dimin.	Aug.	Dimin	Augm.	Dimin	Augm.	Dimin
3	4	**3.5**	60k.8	60k.3	65k.0	» »	» »	» »	30 °/₀	» »	0k5	4k2	» »
5	1	**3**	61 5	64 0	61 5	» »	» »	» »	» »	2k5	» »	» »	» »
4	1	**2.5**	61 0	61 0	62 5	» »	» »	100°/₀	» »	» »	» »	1 5	» »
4	2	**3**	55 0	56 5	53 4	» »	66 °/₀	» »	» »	1 5	» »	» »	1 6
8	1	**4.5**	54 0	55 0	55 7	6.8 °/₀	» »	» »	19 °/₀	1 0	» »	1 7	» »
0	0	**0**	57 0	58 0	59 5	» »	» »	» »	» »	1 0	» »	2 5	» »
13	10	**11.5**	69 3	70 5	71 5	» »	28 °/₀	» »	48 °/₀	1 2	» »	2 2	» »
12	8	**10**	69 5	68 2	62 5	» »	» »	45 °/₀	» »	» »	1 3	» »	7 0
2	2	**2**	72 0	74 0	69 6	» »	40 °/₀	» »	60 °/₀	2 0	» »	» »	2 4
10	16	**13**	50 3	51 0	48 5	» »	25 °/₀	39 °/₀	» »	0 7	» »	» »	1 8
11	3	**7**	67 0	69 0	61 2	43 °/₀	» »	» »	13 °/₀	2 0	» »	» »	5 8
0	1	**0.5**	50 4	47 5	45 8	» »	60 °/₀	» »	80 °/₀	» »	2 9	» »	4 6
3	0	**1.5**	55 4	56 0	55 8	» »	100°/₀	» »	25 °/₀	0 6	» »	0 4	» »
5	6	**5.5**	46 4	51 5	47 8	» »	100°/₀	» »	72 °/₀	5 1	» »	1 4	» »
9	16	**12.5**	57 4	58 5	56 5	» »	100°/₀	40 °/₀	» »	1 1	» »	» »	0 9
3	»	»	44 4	48 5	» »	» »	100°/₀	» »	» »	4 1	» »	» »	» »
21	9	**15**	47 4	47 6	48 8	» »	25 °/₀	» »	49 °/₀	0 2	» »	1 4	» »
6	5	**5.5**	45 4	47 5	47 8	» »	100°/₀	» »	22 °/₀	2 1	» »	2 4	» »
10	11	**10.5**	47 5	46 7	43 2	» »	65 °/₀	» »	39 °/₀	» »	0 8	» »	4 3
12	17	**14.5**	27 2	24 6	29 0	» »	83 °/₀	» »	18 °/₀	» »	2 6	1 8	» »

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Ch. Richet. Journ. d'anat. et physiol. pub. par Ch. Robin et P. Pouchet. 1878, pag. 326.

E. Kültz. Können von der Schleimhaut des Magens auch Bromide und Iodide Zerlegt werden? Zeits. f. Biol. 1887. Vol. XXIII; et Rev. Psychiat. 1901, n° 9, pag. 259.

M. Neucki et E. O. Schoumow-Simanowski. Studien über das Chlor und die Malogene im Thierkörper. Arch. f. exper. pathol. u Pharmacol. Leipz. 1894. T. XXXIV.

Laudenheimer. Ueber das Verhalten der Bromzalze im Körper der Epileptikner. Neurol. Centralbll. 1897, v. XXI.

Maurice de Fleury. Académie des sciences. Paris, 7 septembre 1898.

Ch. Richet et Ed. Toulouse. Effets d'une alimentation pauvre en chlorure sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium. C. R. Acad. des Sc. Paris, 1899, 20 novembre, p. 850.

E. Toulouse. Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration. Rev. de Psychiat. Paris 1900, n° 1.

E. Toulouse. Du sel dans l'alimentation des épileptiques. Gaz. des Hôp. 1900. T. LXXIII.

Féré. Revue de Médecine. 1900, n° 1.

Maurice de Fleury. Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement. Paris 1900.

P. Næcke. Die Epilepsiebehandlung nach. Toulouse, und Richet. Neurol. Central. 1900, n° 14.

Th. Rumpf. Bemerkungen zu der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Neurol. Central 1900, n° 16.

Garbini. La cura d'ell'epilessia col método Richet. Rev. mens. de neurop. et psychi, febr. 1901.

R. J. Laufer. Le Na. Cl. et l'action des bromures dans l'épilepsie. Paris 1901.

Helmstadt. Die behandlung der Epilepsie nach Toulouse und Richet. Psychiat Wockens. april 1901, n° 3.

Balint. Berliner Klin Wockens 1901, n° 3.

Maragliano Térapia aclorica nelle epilessia Gazzetta degli Spedali 1901, n° 81.

Laudenheimer. Ueber den chlor und Bromsalzstoffvechsel der Epileptiker. Neurol central 1901, n° 16.

R. J. Laufer. Mécanisme de l'action des bromures avec l'hypochloruration. Revue de psychiat. 1901, n° 9.

P. Pini. L'épilessia. Milano. Collez. dei Manuali Hoepli.

LES SERVICES

ORGANISATION D'UN LABORATOIRE CLINIQUE DE MICROGRAPHIE

Par le Dr L. Marchand
Médecin-Adjoint de l'Asile de Bailleul

Plusieurs collègues des Asiles ont demandé quelques renseignements pratiques sur l'organisation des principaux laboratoires cliniques. Pour répondre à ces desiderata, la *Revue* a demandé à M. Marchand cet article, qui sera suivi d'autres, faits par nos collaborateurs, sur les laboratoires cliniques de psychologie, de physiologie humaine, etc.

Digitized by Google

Le diagnostic de certaines maladies infectieuses ne peut être fait que par l'examen bactériologique ; à ce titre seul, un laboratoire de micrographie doit être adjoint à tout service d'aliénés. De plus, les progrès dans la recherche des lésions post-mortem font tous les jours de si grands pas que tout aliéniste doit connaître les différentes méthodes de coloration et savoir reconnaître les lésions pathognomoniques de telles ou telles maladies.

Ce laboratoire, indispensable pour les différentes raisons énumérées ci-dessus, doit être placé près des services. Certains asiles d'aliénés ont leurs laboratoires situés près des salles d'autopsie et de ce fait éloignés des quartiers de malades. C'est là, pour plusieurs raisons, un emplacement défectueux. En effet, chaque fois que l'on doit faire un examen bactériologique, il faut ou mener le malade au laboratoire, ou y transporter le liquide à examiner. Il y a encore une perte de temps due à l'éloignement du laboratoire. Les chefs de services ou les internes ont intérêt à se trouver au milieu de leurs malades ; si le personnel du service a besoin de leur demander un renseignement, de leur présenter un malade, de les appeler pour quelque cas de garde, il y a de nombreux avantages à ce que le laboratoire soit situé au milieu des quartiers de malades et plus particulièrement auprès de l'infirmerie.

Il y a là, dira-t-on, plusieurs inconvénients. Le premier est que cette proximité du laboratoire de l'infirmerie est un danger ; on peut prétendre, par exemple, que les mélancoliques ou persécutés profiteront de ce voisinage, pour prendre, en l'absence de surveillance, certains poisons et les absorber ; il est facile de réduire à néant cette première objection ; d'abord, les mélancoliques et autres malades à idées de suicide bien arrêtées sont gardés avec une vigilance extrême et il leur serait bien difficile d'ouvrir un laboratoire sans attirer l'attention des gardiens ; en outre, le laboratoire doit être toujours fermé à clef ; on arrive à ce résultat en faisant usage de portes spéciales qui se ferment automatiquement et qui ne peuvent être ouvertes qu'avec des clefs de sûreté mises seulement entre les mains des médecins et du garçon de laboratoire.

Un autre inconvénient résidera pour d'autres en ce fait que les pièces anatomiques devront être transportées de la salle d'autopsie au laboratoire ; c'est là un inconvénient bien léger. Quand le médecin a terminé l'examen des différents viscères, il choisit ceux qu'il veut conserver ; la plupart du temps, il ne prélève que de petits fragments qu'il met directement dans les liquides conservateurs ou fixateurs. Quant aux organes nerveux, ils sont mis, après l'examen macroscopique, dans les liquides conservateurs, ordinairement dans du formol à 10 0/0. L'autopsie terminée, il est donc facile de transporter les différentes pièces au laboratoire.

Cette situation du laboratoire dans le voisinage des quartiers de malades nous paraît la meilleure. N'aurait-on que quelques minutes à disposer, on les consacrera aux recherches micrographiques plus volontiers que s'il fallait se transporter à un laboratoire éloigné.

Digitized by Google

Le laboratoire doit être aéré, carrelé, facile à nettoyer, éclairé par de larges fenêtres exposées au nord; les murs seront peints d'une couleur claire ; l'éclairage artificiel doit être intense ; une lampe spéciale avec abat-jour, pour protéger les yeux de l'observateur, sera disposée pour l'éclairage du miroir du microscope. On fera bien de s'habituer à examiner les préparations à la lumière artificielle, qui est constante et égale dans son éclat et sa couleur. Plusieurs prises de gaz seront disposées de place en place, soit pour permettre d'avoir des lampes surajoutées, soit pour y adapter des tubes de caoutchouc destinés à des fourneaux à gaz, aux étuves, à l'autoclave, à la table à souffler le verre. Un évier avec plusieurs robinets d'eau sera placé à côté de la table d'examen micrographique qui sera recouverte de lave émaillée ou d'une plaque de verre très épaisse.

Ce laboratoire de micrographie sera divisé en deux parties ; d'un côté, on mettra tout ce qui se rapporte à la bactériologie, de l'autre à l'examen histologique. Sur une de ses parois s'élèvera une hotte, vitrée à sa partie inférieure, sous laquelle se fera l'ébullition des liquides.

Les principaux appareils que doit posséder un laboratoire de micrographie sont les suivants :

Balance ordinaire.
Balance de précision.
Etuve à paraffine réglée à 55° au moyen d'un régulateur à mercure (de Reichert), et d'un régulateur de pression (de Moitessier).
Etuve de Pasteur avec régulateur métallique (de Roux).
Stérilisateur à air chaud.
Autoclave (de Chamberland).
Machine à souffler le verre.
Bain-marie à niveau constant.
Centrifugeur.
Microtome à paraffine.
Microtome à celloïdine.
Hématimètre (de Hayem et de Nachet).
Hémo-chromomètre (de Malassez).
Loupe.
Microscope avec chambre claire, micromètre oculaire et micromètre objectif.

Dans la liste suivante sont indiqués les accessoires principaux :

Baguettes de verre.
Ballons à col court.
Ballons à col long dits Matras.
Ballons de Pasteur (pour culture).
Flacons bouchés à l'émeri, dits « Camphoreds » de capacités diverses.
Capsules de porcelaine
Carafes pour pissettes.
Flacons de diverses grandeurs.
Cristallisoirs.
Disques obturateurs en verre dépoli.
Entonnoirs.

Digitized by Google

Eprouvettes graduées et non graduées.
Mortier avec pilon.
Tubes creux de diamètres variés.
Verres à expérience gradués et non gradués.
Lampe à alcool.
Tubes de Pasteur pour anaérobies.
Tubes à essais.
Tubes de Roux pour anaérobies.
Flacons compte-gouttes.
Flacons à baume de canada.
Chambre humide de Malassez.
Burette de Mohr.
Supports et pinces en bois.
Tubes de caoutchouc.
Brûleurs Bunsen.
Chalumeau.
Trompe à eau.
Filtres.
Seringues.

De grands vases munis de robinets contiendront tous les liquides fixateurs, tels que le formol, le liquide de Muller, les liquides antiseptiques ou bien l'eau distillée.

Le laboratoire doit être muni de casiers sur la plus grande partie de ses murs ; les plus voisins de la table d'examen microscopique seront destinés à recevoir d'une part les réactifs servant à la bactériologie ; d'une autre les liquides et les réactifs servant à préparer les pièces et à colorer les coupes. Des tiroirs seront adaptés sous la table de micrographie et, là, seront déposés des instruments tels que rasoirs, ciseaux, aiguilles droites et courbes fils de platine, pinces de ornet, etc ; c'est également dans ces tiroirs que seront déposés des compresses, les lames, les lamelles, les verres de montres et d'une façon générale les appareils en verre les plus fragiles.

Pour obtenir plus de place et pour permettre de lire avec plus de facilité les étiquettes contenues sur chaque flacon, on peut disposer en gradins les planches voisines de la table du microscope ; on obtiendra ainsi plusieurs étages de flacons et ceux-ci ne se cacheront pas les uns les autres. Une autre étagère sera également consacrée à l'emplacement des flacons contenant les différentes pièces anatomiques en préparation. Quant aux coupes micrographiques, elles seront conservées, soit dans des boîtes spéciales, soit dans des armoires, mais elles seront toujours conservées à l'abri de la lumière afin de prévenir leur décoloration.

Ainsi organisé, le laboratoire de micrographie est facile à disposer ; son emplacement ne demande pas une grande étendue et ce que l'on peut en tirer est largement suffisant pour l'examen bactériologique immédiat et l'examen post-mortem des organes.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 24 mars 1902)

FIGURATIONS ET JEUX MASOCHISTES

Par M. TRÉNEL

M. TRÉNEL. — Je désire montrer cinq reproductions de bas-reliefs datant du XIIIe au XVe siècle. Toutes représentent une femme à cheval sur un homme qu'elle fouette; tantôt la femme est vêtue, tantôt elle est demi-nue. Les bas-reliefs appartiennent aux cathédrales de Rouen et de Caen, au château de Gaillon, à une église de Lyon et à une frise en bois sculpté découverte à Rouen.

Tout en constatant le caractère masochiste de ces sculptures, je ne considère pas que les artistes du moyen âge aient voulu leur donner une pareille signification : ils reproduisaient simplement le lai d'Aristote, très connu au moyen âge (poème d'Henri d'Andèle, etc.) dans lequel on voit la maîtresse d'Alexandre le Grand, montée à cheval sur le dos du roi, voulant ainsi montrer son influence sur lui.

A ce sujet, je rappelle qu'il existe des jeux de société masochistes, entr'autres le pont d'amour qui s'est appelé longtemps le cheval d'Aristote et qui consiste à promener une femme sur son dos.

De même, certains jeux sont franchement fétichistes, tel le voyage à Cythère, dans lequel le gagnant est autorisé à toucher telle ou telle partie de l'ajustement d'une femme.

Rapports. — M. VALLON lit le compte-rendu d'un travail du Dr Jules MOREL, médecin en chef de l'Asile du Mans, sur la *Prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste.*

Election d'un membre titulaire. — M. le Dr DUPRÉ, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, est élu membre titulaire.

Election d'un membre correspondant. — M. le Dr Jean PHILIPPE, chef des travaux au Laboratoire de psychologie physiologique de l'Ecole des Hautes-Etudes, est élu membre correspondant sur le rapport de M. Roubinovitch. A. V.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(Séance du 7 Mars 1902)

M. G. BELOT, professeur au lycée Louis le Grand analyse la *psychologie du beau* et ne trouve dans la beauté comme critérium précis que le sentiment de l'artificiel. Le plaisir esthétique est un plaisir actif comme le jeu et nullement contemplatif. Les premières manifestations artistiques, telles que l'ornementation artificielle, la parure, etc., en sont une preuve aux yeux de l'au-

Digitized by Google

teur ; la beauté commence où les faits et gestes se différencient du naturel, l'art de la parole n'est beau que lorsqu'il cesse d'être usuel et naturel. Le jugement esthétique trouve sa genèse dans la subjectivité de l'activité productrice. Le beau dans la nature n'est pas apprécié en tant que beau naturel, mais par les ressemblances en tant qu'art humain, donc par ce qu'il a d'artificiel. On ne trouve pas dans la nature les éléments du beau, on les localise, on les encadre; la nature paraît pour ainsi dire, imiter l'art. L'objectivité esthétique n'est qu'apparente ; ellle est la résultante de l'évolution intellectuelle de l'humanité, de la civilisation.

M. G. Dumas fait l'objection que le sentiment esthétique n'est esthétique que par le coefficient d'une représentation particulière. Chez les primitifs il n'y aurait pas de sentiments, qu'on pourrait qualifier d'esthétiques ; il ne s'agissait probablement que des sentiments vagues de joie.

La communication de M. Belot, malgré l'importance du problème attaqué nous a suggéré plus que jamais la nécessité de soumettre le sentiment esthétique à des recherches expérimentales. La voie est tracée par plusieurs expérimentateurs et depuis les recherches de G. T. Fechner la psychologie expérimentale compte une dizaine de recherches méthodiques qui plaident péremptoirement, pour l'existence d'une psycho-physiologie du beau indépendante de toute représentation mentale.

M. M. de Fleury s'est occupé des *rapports des états intellectuels et des états affectifs*. Il montre s'appuyant sur des observations personnelles que chez des neurasthéniques l'état affectif a une influence prépondérante ; il a pu relever des modifications bien définies dans la structure organique et mentale des sujets sans faire appel à des idées fixes. L'observation d'un épileptique qu'il a pu suivre pendant longtemps est des plus démonstratives, la pression sanguine montait, l'état mental était sensiblement modifié avant les crises. Comme conclusion des observations de M. de Fleury, il faut retenir le fait, que le tonus affectif précède le tonus intellectuel.

MM. Dumas, Malapert, Belot et Arnaud prennent la parole ; on fait diverses critiques à la théorie des émotions.

M. Dumas rectifie la théorie de James que l'on présente souvent tout autrement ; pour James l'émotion n'est que la conscience d'un mouvement qui n'est plus qu'esquissé, devenu tendance motrice héréditaire, d'un acte non accompli, — un acte souvenir.

M. Bernard-Leroy parle sur la *psychologie de quelques délires hypocondriaques* et à juste raison constate que jusqu'à présent on ne s'est occupé guère de la psychologie du délire. Il rappelle la *loi de justification* de Griesinger et constate que dans l'aboulie le malade, comme les auteurs l'ont remarqué surtout depuis les travaux de M. P. Janet, se fait remarquer par la tendance qu'il a de justifier son impuissance volitive. L'origine des conceptions délirantes des hypocondriaques s'expliquerait facilement par la conceptions des justifications. Il y a pourtant autre chose dans les conceptions délirantes que la justifica-

Digitized by Google

tion, la structure intime de la vie mentale délirante est à peine ébauchée. L'effort de M. Bernard-Leroy n'est pas moins intéressant, malgré qu'il semble encore être trop influencé et surtout dirigé par la symptomatologie clinique des troubles psychopatiques.

VASCHIDE.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 février 1902)

MM. E. DUPRÉ et PAQUIEZ présentent une fillette de 15 ans, atteinte d'infantilisme dysthyroïdien provenant de l'alcoolisme des parents. Le myxædème apparut à la puberté. L'amélioration du traitement thyroïdien ne porte que sur les symptômes de dysthyroïdie sans modifier l'infantilisme antérieur.

(Séance du 13 mars 1902)

M. A. HEVEROCH communique trois cas de paraplégie post-parsoxystiques transitoires chez des épileptiques; la paraplégie était flasque avec perte des réflexes patellaires et conservation de la sensibilité : l'auteur attribue ce phénomene à une altération des cellules radiculaires consécutives à l'exagération pendant la crise de la fonction psycho-motrice.

M. TOUCHE présente des pièces en rapport avec un cas de cécité cérébrale due à des lésions de sclérose granuleuse et non de ramollissement.

MM. E. DUPRÉ et J. HEITZ communiquent un cas de déplégie cérébrale infantile, dont les lésions ont été graduelles et accompagnées d'idiotie : une hydrocéphalie congénitale se trouvait à la base.

M. PIERRE MARIE signale un cas de ramollissement sans anesthésie dans le domaine de la sylvienne.

M. VERAGUTH a constaté une topographie radiculaire des troubles de la sensibilité dans la syringomyélie.

MM. JOFFROY et SCHRAMECK déclarent que toute déformation pupillaire, en l'absence d'anomalie congénitale à même valeur sémérologique que le signe d'Argyll Robertson dont elle marque le début.

MM. MARATO et CHARPENTIER proposent comme région anagésique pour les injections de calomel une zone délimitée en haut par un plan horizontal passant par l'articulation sacro-coccygienne ; en bas par un autre passant par le milieu de l'anus ; à gauche et à droite, par un plan vertical distant de 4 cm. du sillon interfessier.

M. M. OIDE a examiné, à l'aide du réflexomètre du Dr Castex, le syndrome réflexe de la démence précoce : il y a surtout diminution ou abolition des réflexes cutanés.

Digitized by Google

NOTES & INFORMATIONS

Congrès annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes. — *(Session de Grenoble, Août 1902).* — Le prochain congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, du 1er au 8 août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. le Docteur E. Régis, professeur de Psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Les questions qui feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° Pathologie nerveuse : Les tics en général. Rapporteur : M. Noguès (de Toulouse) :

2° Pathologie mentale : Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur : M. Lalanne (de Bordeaux) ;

3° Médecine légale : Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Les rapports seront adressés aux adhérents du Congrès pour le 1er juillet au plus tard.

Le Secrétaire général du Congrès est M. le docteur Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

Cours libre. — Le Dr Eugène-Bernard Leroy, ouvrira à l'Ecole pratique (Amphithéâtre Cruveilhier), un Cours libre de Psychologie le mercredi 9 avril à 5 heures et le continuera les samedis et mercredis à la même heure. Il traitera des conditions normales et pathologiques de la Perception extérieure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale. (1902, 3e s., XLVII, n° 3, mars).

Garnier (Paul). L'Amnésie au point de vue médico-légal. 193-211. — **Raynaud (L.).** Alcool et alcoolisme au Maroc. 211-223.

Annales Médico-Psychologiques (1902, 8e s., XV, n° 2, mars-avril).

Saint-Paul (G.). L'examen des malades atteints de paraphasie. 177-210. — **Masoin (Paul).** Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile. 211-218. — **Viallon.** Suicide et folie (suite). 219-229. — **Maupate (L.).** Du langage chez les idiots (suite). 230-239. — **Garnier (Samuel).** De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être (suite). 240-249.

Archives d'Anthropologie Criminelle (1902, XVII, n° 99, 15 mars).

Perrier (Ch.). La vie en prison. 129-152.

Archives de Neurologie (1902, 2e s., XIII, n° 75. mars).

Pitres (A.) et **Régis (E.).** L'obsession de la rougeur ou éreutophobie. 177-194. — **Marandon de Montyel.** Contribution à l'étude des réactions de la peau chez les aliénés. 194-202.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1902, 3e S., XIXe année).

Babinski (M.). Signe d'Argyll Robertson et syphilis. — **Scherb (G.).** De la méthode de P. N. Prokhorov dans le traitement des encéphalopathies et des myelopathies syphilitiques graves et anciennes. — **Bernard (Raymond).** Un cas de rhumatisme cérébral. N° 8, 6 mars, 149-150, 176-

Digitized by Google

181, 181-186. Séance du 28 février. — **Widal** et **Lutier**. Atrophie congénitale complète des testicules. Absence d'infantilisme et de féminisme. — **Déhu**. Un cas de pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberleuse (sommation peladogène de Jacquet). — **Brissaut** et **Brécy**. Symptômes de méningite aiguë. Guérison par le traitement antisyphilitique. N° 10, 20 mars, 223-226, 229-232, 233-235. Séance du 14 mars.

Bulletin Médical (1902, XVIe année).

Constensoux (G.). Rétablissement intégral des fonctions motrices chez un ataxique traité par la rééducation, N° 21, 12 mars, 237-240. — **Chipault (A.)**. Un type clinique nouveau : la radiculalgie méningopathique. N° 26, 29 mars, 298-301.

Chronique Médicale (1902, IXe année).

Cabanès. Victor Hugo et les médecins. N° 5, 1er mars 129-180. — **Geyer (Robert)**. La psychiâtrie dans le théâtre d'Ibsen. N° 6, 15 mars, 181-185.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXIV).

Vaschide (N.) et **Vurpas (Cl.)**. Recherches expérimentales sur la vie biologique d'un xiphopage. N° 10, 10 mars. 626-628. — **Vaschide (N.)** et **Piéron (H.)**. Recherches expérimentales sur la vie mentale d'un xiphopage. N° 11, 17 mars. 676-678.

France Médicale (1902, Nouv. s., XLIXe année).

Prince de Cardé et **Roubinovitch**. Contribution à l'étude de l'état mental des Jansénistes convulsionnaires. N° 5, 10 mars. 77-80.

Gazette des Hôpitaux (1902, LXXVe année).

Marandon de Montyel. Du réflexe lumineux étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. N° 30, 13 mars. 289-294. — **Biousse (Ed.)**. Quelques considérations sur l'anesthésie chloroformique. N° 31, 15 mars. 301-307. **Chipault** et **Le Fur**. Névralgie des huitième, neuvième et dixième racines dorsales avec tic abdominal; lésion méningée localisée; résection radiculaire. N° 33, 20 mars, 325-327.

Gazette Médicale de Paris (1902, XIIe S., II).

Baudouin (Marcel). Un cas historique de télépathie ; Pressentiment de la mort de Henri Heine, par l'une de ses amies. N° 11, 15 mars, 81-82. — Un cas historique de télépathie ; Pressentiment de la mort de Henri Heine, par l'une de ses amies (Fin). N° 12, 22 mars. 89-91.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1902, XVe année, n° 1, Janvier-Février).

Meige (Henry). Encore quelques possédés dans l'art (1 planche). 78-80.

Presse Médicale (1902).

De Lavarenne (E.). La consommation de l'alcool. — **Debove**. De la morphinomanie. Auto-observation d'un médecin morphinomane. N° 25, 26 mars. 289-290, 291-293.

Progrès Médical (1902, 3e S., XIV).

Glénard (F.). A propos de la chirurgie chez les aliénés. Psychoses et névropathies. N° 10, 8 mars. 145-149.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1902, XII, n° 3, mars).

Papillault (G.). Quelques considérations anatomiques de la sociabilité chez les primates et chez l'homme (Conférence d'anthropologie anatomique). 89-106. — **Schrader (F.)**. Sur le souvenir inconscient et le rêve ancestral. 113-116.

Revue de Médecine (1902, XXIIe année, n° 3, 10 mars).

Chelmonski (A.). L'état du système nerveux chez les phtisiques et son influence sur le cours de la tuberculose. 309-314.

Revue de Médecine Légale (1902, n° 3, mars).

Catrin. L'aliénation mentale dans l'armée, étude médico-légale. 78-83. — **Dignat (P.)**. L'aliénation mentale et le secret médical. 84-91.

Digitized by Google

Revue Neurologique (1902, xe année).

Anglade (D.) et **Chocreaux (G.).** Les suites d'une fracture de la base du crâne : guérison apparente ; mort après 17 ans dans la démence avec épilepsie totale (3 fig.). N° 5, 15 mars. 205-210.

Revue Philanthropique (1902, 5e année, x, n° 59, 10 mars).

Marandon de Montyel (E.). L'Open-Door, 535-556. — **Manheimer Gommès.** A propos des classes spéciales pour enfants mentalement anormaux. 557-562.

Revue Scientifique (1902, 4e s., XVII).

Bonnier (Pierre). Le sens des attitudes. N° 4, 25 janvier. 97-104. — **Le Dantec (Félix).** L'Hérédité. N° 10, 8 mars. 289-297. — **Ferri (Enrico).** Le cinquième Congrès international d'Anthropologie Criminelle. N° 11. 15 mars. 331-338. — **Richer (Paul).** Les démoniaques d'après les représentations populaires. N° 12, 22 mars. 359-368. — **Fouillée (Alfred).** La Médecine et les Humanités. N° 13, 29 mars. 385-388.

Tribune Médicale (1902, 2 s., XXXVe année).

Saint-Paul (G.). Le centre de Broca et les paraphasies. N° 10, 5 mars. 185-187. Le centre de Broca et les paraphasies (suite et fin). N° 12, 19 mars. 225-229.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV. N° 146, 15 mars).

Alter (W.). Versuche mit zellenloser Behandlung und hydrotherapeutischen Massnahmen. Aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus. 153-160. — **Bechterew (W.).** Die Scheu vor fremdem Blicke. 160-167. — **Ceni (Carlo).** Neue toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums Epileptischer und ihre praktischen Anwendungen. Aus dem Laboratorium für pathologische Anatomie des psychiatrischen Instituts in Reggio-Emilia. 168-174. — **Storch (Ernst).** Bemerkungen zu F. Nissl's Aufsatz : « Hysteriche Symptome bei einfachen Seelenstörungen ». 174-182. — **Nissl (F.).** Entgegnung. 182-184.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Band XI, Heft 3 mars).

Mingazzini (Giovanni). Fernere Beiträge zum Studium der Lues cerebralis praecox et maligna. 161-166. — **Vogt (Heinrich).** Ueber Neurofibrillen in Nervenzellen und Nervenfasern der Retina. (Hierzu Tafel V-VII). 167-180. — **Käs (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 180-205. — **Gross (Otto).** Ueber Vorstellungszerfall. 205-212. — **Storch (E.).** Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. 212-231.

BELGIQUE

Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (1902. IVe S., XVI. N° 2).

Kuborn. Courte note à propos de la maladie du sommeil. 103-106. — **Heger** et **Masoin (E.).** Suite de la discussion sur l'internement et la libération des irresponsables dangereux, etc. 141-143. Séance du 22 février.

Journal de Neurologie (1902, VIIe année).

Vaschide (N.) et **Vurpas (Cl.).** Les données anatomiques et expérimentales sur la structure des hallucinations. N° 5, 5 mars. 81-99. — **Ioteyko (J.)** et **Stefanoswka (M).** Analyse des mouvements et de la sensibilité dans l'anesthésie par l'éther. — **Crocq (J.).** Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. — **Heidenbergh (C.).** La contraction paradoxale de Westphall et le réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal. Communication à la Soc. belge de Neurologie. Séance du 22 février 1902. N° 6, 20 mars. 101-112.

Digitized by Google

ÉTATS-UNIS

American Journal of Insanity (1902, LVII. N° 3).

Mac Donald (Carlos-F.). The Trial. Execution, Autopsy and Mental Status of Leon F. Czolgosz, alias Fred Nieman, the Assassin of President Mc Kinley. 369-386. — **Spitzka (Edward-Anthony).** The Post Mortem Examination of Leon F. Czolgosz, the Assassin of President Mc Kinley. 386-404. **Peterson (Frederick).** Twentieth Century Methods of Provision for the Insane. 405-515. — **Paton (Stewart).** Recent Advances in Psychiatry and their Relation to Internal Medicine. 433-442. — **Tuttle (George-T.).** Hallucinations and Illusions. 443-467. **Hyde (Frank-G.).** Totes on the Hebrew Insane. 469-471. **Frost (Henry-P.).** Traumatic Encephalitis. 473-483. **Hill (Gershom-H.).** A Review of the Pathological Work Done in the Hospital for the Insane at Independence Iowa. 483-484. — **Pettit (Louis-C.).** The Pathology of Insanity. 485-501.

American Journal of Psychology (1901, XII, n° 4, (Juillet et Octobre).

Whipple. An analytic study of the memory image and the process of judgement in the discrimination of clangs and tones. 409-457. — **Libby.** Influence of the idea of aesthetic proportion on the ethics of Shaftesbury. 458-491. — **Squire.** A genetic study of rhythm. 492-589. — **Sanford.** Improvements in the Vernier chronoscope. 590-594. — **Titchener.** Fluctuation of the attention to musical tones. 595.

Journal of Mental Pathology (1902, II. N° 1, Février).

Sergi (G.). The Relation of the Human Cranial Forms During Fœtal Development and Adult Age. 1-9. — **Vorobiov.** On the So-called Occipital Type of Cranial Construction in the Mentally Degenerate. 10-12. — **Semidalow (B.).** A Contribution to the Study of Acute Delirium. A Physical Disease of Scorbutic Origin, Haemorrhagic Encephalitis of Strumpell 13-17. — **Scappucci (Carlo).** Experiments on the Motor Precision of the Sane and the Isane. 18-23. — **Robinovitch.** The Genesis of Epilepsy Clinically Considered. The Pathology, Prophylaxis and Treatment of Epilepsy. 24-34. — **Kama Fairbanks.** Note on a Phenomenon of Immediate Foresight. 35-38.

Journal of Nervous and Mental Disease (1902, XXIX, n° 3, mars).

Savary Pearce (F.). Association of Hysteria voitg Insanity. 153-158.

Psychological Review (1902, IX. N° 2, mars).

Royce (Josiah). Recent Logical Inquiries and their Psychological Bearings. 105-133. — Proceedings of the Tenth Annual Meeting of the American Psychological Association, University of Chicago. Chicago, Ill., December 31, 1901, January 1, 1902. Report of the Secretary. 134-155.

HOLLANDE

Psychiatrische en Neurologische Bladen (1902, n° 1, janvier-février).

Ziehen. Zur Differentialdiagnose der Hebephrenie (Dementia praecox) 7-24. — **Hulst.** Een geval van dementia paralytica als paranoia hallucinatoria debuteerend. 25-34. **Meeus.** Een katatonisch geval van dementia praecox. 35-48. — **Bouman.** De verpleging van patienten, lijdende aan dementia senilis. 49-56. — **Wertheim Salomonson.** Bijdrage tot de kennis van de theorie van den Resonoteur van Oudin. 57-71.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (23-IV-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE DE L'EPILEPSIE

Par le Dr L. Marchand

Médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord)

Les cas d'épilepsie essentielle deviennent de plus en plus rares ; les recherches anatomo-pathologiques, les progrès de la physiologie cérébrale, les expériences sur la toxicité du sang, de l'urine, de la sueur, du liquide céphalo-rachidien des épileptiques montrent tous les jours qu'un grand nombre d'observations doivent être soustraites du groupe de l'épilepsie essentielle pour rentrer dans celui des épilepsies symptomatiques. Les lésions fines des cellules pyramidales, étudiées d'après les nouvelles méthodes histologiques, laissent prévoir le moment où d'autres méthodes, venant compléter ce que la science a acquis à l'heure actuelle, donneront la solution du problème ; il consiste à savoir pourquoi les cellules corticales motrices de certains individus réagissent par des convulsions sous l'influence de causes incapables de provoquer chez d'autres le même phénomène.

I. — Anatomie pathologique

Les lésions déterminant l'épilepsie partielle sont connues et la doctrine des localisations cérébrales permet de dire en quel endroit du cerveau siège la cause irritative ; les cas qui font exception sont très rares [1] ou mal interprétés. La symptomatologie de l'épilepsie partielle a contribué à éclaircir la pathogénie de l'épilepsie essentielle. L'observation montre que certains malades, chez lesquels les convulsions sont d'abord localisées à une partie du corps et ne sont pas accompagnées de perte de connaissance, présentent plus tard des crises convulsives revêtant les caractères des accès d'épilepsie idiopathique ; à l'autopsie on trouve chez ces malades une tumeur, quelquefois de petit volume, comprimant l'une des zones motrices corticales. Les cas, dans lesquels la présence d'une tumeur cérébrale chez des individus considérés comme atteints d'épilepsie essentielle est une trouvaille d'autopsie, montrent aussi qu'entre l'épilepsie symptomatique et l'épilepsie idiopathique les barrières ne sont pas infranchissables ; une tumeur peut déterminer, dès le début de son évolution, des crises épileptiques. Dans tous ces cas, on explique la pathogénie des crises en disant que la tumeur vient comprimer une zone motrice et que, grâce aux faisceaux d'association, les convulsions se généralisent. Mais pourquoi y a-t-il également des convulsions dans les cas où la tumeur est éloignée des zones motrices? Il y a là toute une série de faits très instructifs qui prouvent qu'il faut autre chose qu'une tumeur com-

[1] **Dieulafoy**, Acad. de médecine, séance du 22 oct. 1901.

Digitized by Google

primant directement les cellules pyromidales motrices ; il faut que ces cellules aient une disposition spéciale à réagir ; qu'elles possèdent l'aptitude convulsive (Joffroy) [1].

La sclérose de la corne d'Ammon dans l'épilepsie a d'abord attiré l'attention des auteurs. Pfleger [2] dans 43 cas trouve 25 fois la corne d'Ammon sclérosée et il ajoute que cette lésion est surtout accentuée chez les épileptiques à attaques intenses et fréquentes ; pour lui cette lésion n'est pas la cause des accès ; elle est une conséquence des troubles circulatoires qu'ils déterminent. Pour W. Sommer [3], la fréquence de la sclérose de la corne d'Ammon dans l'épilepsie est de 10 0/0 macroscopiquement et de 30 0/0 microscopiquement ; l'induration cartilagineuse de cette région est la lésion la plus fréquente ; on y rencontre également des foyers de ramollissements rouges, des hémorrhagies punctiformes, quelquefois une néoplasie. Sommer croit que la lésion de la corne d'Ammon agit comme foyer de sensibilité, violente le centre vasomoteur du cerveau et détermine ainsi les accès. G. Coulbault [4], qui trouve aussi une moyenne de 10 0/0 pour cette lésion, admet une corrélation entre la clinique et la localisation. Snell ne la rencontre que dans 4 0/0 des cas, Hemkes [5] 17 fois, M. Féré [6] 12 fois. Aujourd'hui, on n'attache plus qu'une importance bien secondaire à la lésion de cette région corticale. L'observation récente de M. Bouchaud [7] montre d'ailleurs qu'une lésion double des cornes d'Ammon peut exister sans provoquer l'épilepsie. Cette partie du cerveau n'est de plus qu'un rudiment de circonvolutions et il n'y a rien d'étonnant qu'elle soit plus ou moins sclérosée. Il n'est pas rare de rencontrer dans les cerveaux de sujets non épileptiques une induration accentuée de la corne d'Ammon.

Si on examine les observations des auteurs qui, laissant de côté l'altération de la corne d'Ammon, ont recherché une autre lésion localisée capable de déterminer des crises épileptiques, on est étonné de voir que presque toutes les régions du cerveau ont été tour à tour trouvées altérées. Hammond [8] décrit une épilepsie optique précédée d'une hallucination ordinairement visuelle et il donne comme siège anatomique de ce type épileptique la couche

[1] **A. Joffroy.** De l'aptitude convulsive ; des rapports de l'alcoolisme et de l'absinthisme avec l'épilepsie : *Gazette hebdomadaire*, n° 12, 11 février 1900, 133.

[2] **I. Pfleger.** Beobachtungen uber Schrumpfung und Sclerose des Ammonshornes bei Epilepsie. *Allgem. Zeitschrift fur psych*, XXVI, 359.

[3] **W. Sommer.** Des relations étiologiques entre les lésions de la corne d'Ammon et l'épilepsie. *Arch f. psych u Nerenk*, X, n° 3.

[4] **Coulbault.** *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris 1881.

[5] **Hemkes.** Ueber Atrophie und Sclerose des Ammonshornes bei Epileptishen. *Allg. Zeit f. psych.* XXXIV, 6. 1878, 678.

[6] **Ch. Féré.** *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 442.

[7] **Bouchaud.** Destruction du pole sphénoïdal et de la région de l'hippocampe dans les deux hémisphères. Soc de neurologie, 6 février 1902.

[8] **Hammond.** Sur l'épilepsie liée aux lésions des couches optiques. *Arch. of Med. New-York*, Août 1880, 1.

Digitized by Google

optique, centre des perceptions sensorielles. G. Angiolella[1] rapporte une observation dans laquelle l'épilepsie est provoquée par une lésion des lobes frontaux ; il s'agit d'un homme qui devint épileptique à 30 ans après avoir reçu un coup de hache qui lui fractura le crâne et blessa les trois circonvolutions frontales gauches. G. Zobrab[2] après avoir passé en revue les diverses théories émises sur l'épilepsie. la théorie hématique de Kussmaul et Tenner, la théorie chimique de Frerichs, celle des inégalités de poids des hémisphères (Tood, Parchappe, Follet), celle de leur asymétrie (Falret et Beaume), la théorie de l'asymétrie faciale de Lasègue, celles du rétricissement du canal vertébral (Sœlbrig), de l'asymétrie des lobes du cervelet (Bra), après avoir montré que les lésions du bulbe trouvées par Schroder Van der Kolk, celles du cerveau décrites par Echeverria, Meyer, ne sont pas constantes, espère éclaircir la solution du problème de la pathogénie de l'épilepsie en rapportant quatre cas de ramollissement des cornes occipitales chez des comitiaux. Pour cet auteur, il existe un certain nombre de cas d'épilepsie accompagnée de ramollissement de la partie sous-épendymaire des cornes occipitales des ventricules latéraux ; dans ces cas, l'intensité des convulsions cloniques serait proportionnée à celle de la lésion ; il existerait à ce niveau une zone épileptogène. M. Chipault[3] a vu survenir des crises épileptiques chez un individu auquel on avait extirpé une balle logée dans le corps calleux. D'après l'auteur, les accès devaient être attribués à un épanchement de sérosité dans les adhérences méningées formées à la suite de l'extraction de la balle, car la seconde intervention chirurgicale fut suivie de guérison. M. Pichenot[4] rapporte l'observation très complète, avec pièces anatomiques, épreuves photographiques et moulage en plâtre, d'une épileptique dont le crâne présentait une hyperostose fronto-pariétale énorme ; l'épaisseur maxima des os atteignait cinq centimètres, et Mouratoff[5] publie un cas d'épilepsie provoquée par deux foyers de ramollissement localisés, l'un à la partie inférieure des circonvolutions centrales gauches l'autre à la région pariétale de l'hémisphère droit. MM. Dubuisson et Anglade[6] relatent l'observation d'un sujet qui devint épileptique à la suite d'un coup de pied de cheval, reçu sur la région

[1] **G. Angiolella.** L'épilepsie dans les lésions des lobes frontaux. *Annali di Nevrologia,* 1898, IV, V, 277-286.

[2] **G. Zobrab.** Ramolissement des cornes occipitales dans l'épilepsie. *Arch. de neur.* XI, 1886, 405.

[3] **A. Chipault.** Balle dans le corps calleux ; Etat de mal épileptique et hémiplégie tardive ; Trépanation, guérison *Travaux de neur. chirurg.* 1900, n° 1, 1-10.

[4] **Pichenot.** Cas d'hyperostose crânienne chez une épileptique. Congrès des méd. aliéni. et neur. de France et des pays de langue française, Nancy (1 au 6 août 1896).

[5] **Mouratoff.** Contribution à la physiologie pathologique et au diagnostic différentiel de l'épilepsie corticale. *Arch. de psych. du profess. Kowalewsky,* Varsovie, 1896.

[6] **Dubuisson** et **Anglade.** Epilepsie traumatique. Congrès de Toulouse, 1897, 6 août.

Digitized by Google

frontale, et qui mourut en état de mal. A l'autopsie, les auteurs trouvèrent une esquille osseuse comprimant la première frontale gauche. Récemment M. Anglade et Chocreaux [1] rapportent l'observation d'un homme qui dans une chute de cheval se fractura la base du crâne, se rétablit en quelques mois et présenta cinq ans après des attaques d'épilepsie généralisées entraînant une démence rapide. L'autopsie révéla des lésions de l'hémisphère droit occupant le lobe frontal, l'extrémité sphénoïdale du lobe temporal, le tiers inférieur des deux circonvolutions ascendantes.

A côté de ces observations, il faut encore citer celles dans lesquelles une partie du système nerveux, autre que le cerveau, est lésée. Les lésions du cervelet sont les plus fréquentes ; les cas de M. Duguet [2], de Meschède [3], de MM. Bernheim et Simon [4], de M. Trénel [5], et un cas que nous avons publié récemment [6] montrent que tantôt c'est un hémisphère cérébelleux qui est sclérosé, tantôt le vermis ; parfois il s'agit d'une tumeur comprimant un lobe ou une partie de lobe. Les lésions bulbaires ont été également l'objet des recherches des auteurs. M. Feré [7] trouve, dans un certain nombre de cas, l'induration des olives bulbaires coïncidant avec la sclérose de la corne d'Ammon et des plaques indurées du cortex ; M. Lépine [8] publie six cas où la compression du bulbe par l'apophyse basilaire a déterminé l'épilepsie en même temps qu'un ralentissement du pouls.

Cet exposé rapide des faits montre combien sont diverses les lésions macroscopiques que l'on peut rencontrer dans le cerveau des épileptiques ; leur diversité même prouve qu'aucune d'elles n'est la cause suffisante de la maladie. Les recherches microscopiques des auteurs, dans les cas où un examen macroscopique ne dévoilait aucune lésion, ont montré la plupart du temps des lésions du cortex. Sachs et Feré [9], Mouratoff [10] ensuite, ont d'abord émis l'avis que l'épilepsie spontanée et la paralysie infantile sont deux maladies

[1] **Anglade** et **Chocreaux**. Les suites d'une fracture de la base du crâne. Guérison apparente ; mort après 17 ans dans la démence avec épilepsie totale. Soc. de neur. 13 mars 1902.

[2] **Duguet**. — Trois faits de sclérose du cervelet observés chez des épileptiques. *Bull. Soc. anat.*, 1865.

[3] **Meschede**. — Cas d'épilepsie accompagnée de mouvements et de conceptions irrésistibles ; Sclérose d'un hémisphère cérebelleux. *Virchow's archiv.*, 1880.

[4] **Bernheim et Simon**. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs du cervelet. *Rev. méd. de l'Est*, 1887.

[5] **Trénel**. — Tumeur du cervelet. Soc. anat. de Paris, 24 mai 1898.

[6] **L. Marchand**. — Tumeur du cervelet et épilepsie. Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges 1901, et *Journal de neurologie belge*, oct. 1901.

[7] **Féré**, loc. cit., 443.

[8] **Lépine**. — Pouls lent et épilepsie bulbaire. *Lyon médical*, 1884 XLV.

[9] **Féré**, loc. cit.

[10] **Mouratoff**. — Lésions cérébrales précoces et épilepsie. Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, 20 décembre 1896. — Contribution à la théorie de l'épilepsie. Société de neuropatologie et de psychiatrie de Moscou, 24 septembre 1899.

Digitized by Google

conformes et de même espèce; c'était reconnaitre le rapport qui pouvait exister entre les lésions du cerveau et les crises épileptiques, et montrer qu'une lésion irritative du cortex visible seulement avec des moyens d'investigation perfectionnés pouvait déterminer la maladie. M. Féré [1] décrit sur certains cerveaux d'épileptiques des plaques légèrement résistantes sans altération de la forme des circonvolutions. A leur niveau il n'existe pas d'adhérences des méninges et ces lésions, ajoute l'auteur, peuvent passer inaperçues. Kingsburg [2], Lloyd [3] et Deaver, trouvent qu'elles sont dues à une sclérose névroglique, mais l'étude la plus minutieuse faite à ce sujet est celle de M. Chaslin [4]. Les conclusions de cet auteur sont les suivantes : « L'épilepsie idiopathique serait due dans certains cas à la prolifération de la névroglie même quand il n'y a pas de lésions à l'œil nu. Cet excès de production du tissu de soutènement me paraît devoir être attribué à une lésion de développement ou d'évolution à cause du rôle important joué par l'hérédité dans l'épilepsie et vu l'absence dans mes cas de signes d'inflammation. » Bleuler [5], continuant les recherches de Chaslin, a examiné 26 cerveaux d'épileptiques déments et dans tous les cas il a constaté une hypertrophie considérable de la couche névroglique sous pie-mérienne. Comme contre épreuve, il a examiné 54 autres cerveaux provenant d'idiots, de déments séniles, de persécutés, d'alcooliques, de syphilitiques et dans la plupart des cas le résultat a éte négatif. Dans 15 cerveaux seulement, il a trouvé une légère augmentation du tissu névroglique, différent d'aspect de la sclérose rencontrée dans les cerveaux d'épileptiques. Alt, Holm [6], Tedeschi [7] et Tirelli [8] ont également trouvé des lésions névrogliques importantes dans les cerveaux d'épileptiques qu'ils ont examinés. Holm dans l'examen de trois cerveaux trouve en même temps que la sclérose cérébrale une formation considérable de nouveaux vaisseaux et une diminution de nombre des fibres nerveuses. C'est surtout dans les régions motrices que ces lésions sont accusées. Pour cet auteur, les attaques épileptiques peuvent s'expliquer par une irritation de la substance corticale seule, mais il

[1] **Féré**, loc. cit., 443.

[2] **Kingsburg**.— Examen microscopique du cerveau et de la moelle d'un épileptique. *Journ. of nerv. and mental diseases*, 1883, X, 51.

[3] **Lloyd and Deaver**. — Un cas d'épilepsie partielle traitée par la trépanation et l'excision. des centres moteurs. *Amer. Journ. of med. sc.* 1888, 477.

[4] **Chaslin**. — Note sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle; la sclérose névroglique. Soc. de Biologie, 2 mars 1889.

[5] **E. Bleuler**. — La gliose dans l'épilepsie. *Munch. med. Woch*, 1895, n° 33, 794.

[6] **H. Holm**. — Sur l'anatomie et la pathogénèse de l'épilepsie. *Nordisk. medic., arkiv*, 1893, n° 15.

[7] **Tedeschi**. — La gliose cérébrale des épileptiques. Anal. in *Revue neurologique*, 1899.

[8] **Tirelli**. — Anatomie pathologique des éléments nerveux, spécialement dans la folie épileptique. Societa med. chir. di Pavia, juin 1895 et *annali di fréniatria*, 1895.

Digitized by Google

faut pour qu'il y ait généralisation des mouvements convulsifs que les faisceaux bulbaires et spinaux soient intéressés. L'accès épileptique serait dû à un processus vaso-moteur entraînant dans le cortex une stase avec œdème aigu. Dans un des cas examiné par Tedeschi l'examen microscopique montra une gliose cérébrale semblable à celle décrite par M. Chaslin, mais avec cette différence que l'écorce de l'hémisphère gauche était atteinte d'une façon diffuse, l'hémisphère droit étant entièrement normal. Tirelli dans deux cas de démence post-épileptique a trouvé dans la région rolandique des lésions diverses qui peuvent se résumer ainsi : augmentation des dimensions de quelques cellules dûe d'après l'auteur à un état œdèmateux, lésions des prolongements cellulaires, varicosités et déformations des prolongements des cellules de la névroglie. Tirelli rapporte l'altération des dentrites aux troubles circulatoires et à la nutrition vicieuse qui en dépend. Alzheimer [1] après examen de deux cerveaux d'épileptiques déments arrive à des conclusions semblables ; il trouve une augmentation du tissu névroglique dans toute la zone moléculaire et même dans la substance blanche, une diminution des fibres à myéline dans la couche tangentielle, une disparition des cellules nerveuses surtout dans la deuxième couche ; toutes ces lésions sont à peu près répandues également dans toute la surface de l'écorce ; la corne d'Ammon n'est pas plus altérée que les autres parties du cerveau. L'examen histologique du cortex de cinq déments épileptiques, fait par M. Nageotte [2] a montré également une sclérose du cortex sans lésions vasculaires inflammatoires.

Malgré le grand nombre d'observations dans lesquelles on a rencontré une sclérose du cerveau, est-on en droit de voir une relation entre la maladie et la lésion ? Si on examine les cas qui ont été l'objet des recherches des auteurs, on trouve que la plupart se rapportent à des individus déments ou atteints d'une faiblesse congénitale accusée. Aussi, les auteurs, qui se sont adressés à des cas où l'intelligence des sujets avait été normale, ont-ils décrit surtout des lésions parenchymateuses ; la sclérose dans leurs cas est très légère ou même n'existe pas. Nous avons examiné le cerveau de plusieurs épileptiques, entre autres celui d'un sujet de vingt-huit ans, épileptique depuis dix ans ; ce jeune homme était licencié ès-lettres et ès-sciences ; son intelligence était supérieure à la normale. Nous avons employé dans notre étude la méthode de Weigert élective pour la névroglie. Notre examen a porté sur de nombreuses régions du cortex et nous n'avons jamais trouvé d'augmentation notable du tissu de soutien. Bloch et Marinesco [3] pensent que la sclérose névroglique est la conséquence et non la

[1] **Alzheimer.** — Contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie. *Monatsschrist für psychiatrie und neurologie*, 1898, IV, 345.

[2] **Nageotte.** — Examen histologique de deux cerveaux de déments épileptiques. Soc. med. psych., 31 juillet 1899.

[3] **Bloch et Marinesco.** — Sur les lésions et la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle. *Semaine médicale*, 1892, 445.

Digitized by Google

cause des accès. Dans un cas d'épilepsie idiopathique, Collins[1] a fait l'examen d'une portion de l'écorce cérébrale excisée du vivant du malade, il ne trouva pas de sclérose cérébrale, mais constata un grand nombre de petits foyers hémorragiques parsemés dans toute l'étendue des coupes et l'auteur pense qu'ils dépendent du traumatisme opératoire. Les grandes cellules pyramidales étaient atrophiées et diminuées de nombre.

L'état de mal épileptique devait attirer particulièrement l'attention des histologistes. Si l'hyperplasie de la névroglie est la cause habituelle des accès, c'est dans ces cas que ce tissu devait présenter des lésions accentuées. Les observations suivantes ne paraissent pas confirmer cette hypothèse. Maewski[2], comme lésions dominantes dans le cerveau d'un épileptique mort en état de mal décrit l'hyperhémie des substances blanche et grise, la dilatation des vaisseaux, des hémorrhagies punctiformes multiples dans tout le cerveau, un large foyer de ramollissement dans la partie antérieure du cervelet. MM. Rispal et Anglade[3], à l'aide des méthodes de Nissl et de Golgi font l'examen minutieux des cellules nerveuses d'un épileptique mort après avoir présenté un grand nombre d'accès subintrants. Ils relèvent les lésions suivantes : les cellules ont perdu leur forme et leur volume normaux ; certaines ont leur corps boursouflé, vacuolisé, d'autres au contraire ont un corps réduit de volume, la substance chromatique est détruite en partie. La lésion principale sur laquelle les auteurs insistent est l'invasion des cellules par des corpuscules apparemment névrogliques et le développement de ces derniers aux dépens de la cellule qu'ils envahissent ; il y aurait là une sorte de phagocytose d'origine névroglique. MM. Rispal et Anglade ajoutent qu'il ne faut pas considérer cette phagocytose comme spéciale au cerveau des épileptiques, on peut l'observer chez des déments complets. Weber[4] dans son mémoire insiste particulièrement sur les lésions vasculaires. De ses nombreuses autopsies, il conclut qu'à la suite d'accès épileptiques graves, on trouve dans le cerveau et le bulbe des extravasations sanguines fraîches avec destruction partielle des éléments nerveux du voisinage. Quant à la cause de l'épilepsie, il est enclin à l'attribuer à une intoxication ou auto-intoxication. C'est aussi l'avis de Cristiani[5] qui dans trois cerveaux de sujets morts en état

[1] **Collins.** — Contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie à propos de deux cas dans lesquels une portion de l'écorce a été excisée. *Brain*, 1896, 74 et 75, et *Journ. of nervous and mental diseases*. oct. 1896, n° 10, 655.

[2] **Maewski.** — Le cerveau d'un épileptique mort en état de mal épileptique. Soc. de neurol. et de psych. de Kazan, 30 nov. 1897.

[3] **Rispal et Anglade.** — Etat des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de Mal. Congrès des aliénistes et neurologistes d'Angers, 1898, 5 août.

[4] **Weber.** — Constatations necropsiques après la mort à l'état de mal épileptique. *Wien. méd. Woch.* 1899, n° 4, 157.

[5] **Cristiani.** — Altérations fines de la moelle, des racines spinales et des nerfs périphériques dans l'état de mal épileptique. *La clinica moderna*, an V, n° 51, 20 déc. 1899, 408.

Digitized by Google

de mal a trouvé des lésions exclusivement parenchymateuses produites d'après cet auteur par la localisation des agents toxiques sur les cellules et les fibres.

II. — Pathogénie

La constance des lésions des vaisseaux dans l'état de mal s'accorde d'une manière générale avec les résultats des auteurs qui ont étudié l'état de la circulation cérébrale pendant les accès. Deux théories opposées ont été émises : la théorie de l'anémie et la théorie de la congestion. Brown-Séquard, Morowski, Astley Cooper, Kussmaul et Tenner, Donders, Van der Becke, Callenfelds, Danilewski et Tscherewow, Vidal, Vulpian, Rochefontaine, M. Fr. Franck, Nothnagel, Hallarger sont les défenseurs de la première. Ils se sont adressés à l'épilepsie expérimentale pour étudier les relations entre la cause et l'effet, mais jusqu'alors il n'y pas lieu de considérer comme identique l'épilepsie expérimentale et l'épilepsie essentielle.

Les partisans de la théorie de la congestion ont étudié chez l'homme et les animaux l'état de la circulation pendant les crises. Gartner et Wagner[1] mesurent sur des chiens curarisés le sang écoulé pendant une attaque par la veine jugulaire externe sectionnée ; ils arrivent à ce résultat que la circulation cérébrale est accélérée pendant les accès. M. Magnan[2] a vu à la suite d'injections intra veineuses d'essence d'absinthe l'accès coïncider avec une forte congestion de vaisseaux de la pie-mère. Chez une femme épileptique le même auteur et son élève M. Briand[3] ont constaté une congestion du fond de l'œil pendant les intervalles de repos qui séparent les attaques. L'observation suivante de Truc[4] est non moins intéressante. Il s'agit d'un prêtre de 35 ans affecté d'hémorrhoïdes. Pendant le flux sanguin il n'a pas d'accès, mais l'écoulement se supprime-t-il, aussitôt les crises réapparaissent. Si on provoque chez lui une déperdition sanguine, il y a une amélioration immédiate. Les recherches les plus récentes sur la circulation cérébrale pendant les accès épileptiques ont été faites par Bechterew, son élève Todorski et par Barchipolski. Dans une première série d'expériences, Bechterew et Todorski[5] rendent des chiens et des chats épileptiques soit en soumettant l'écorce à des courants induits, soit en leur injectant dans les veines des poisons convulsivants. Ils observent à la suite d'une large trépanation

[1] **Gartner et Wagner.** — Ueber den Hirnkreislauf. *Wiener med. Wochenschrift*, 1887, 601, 640.

[2] **Magnan.** — C. R. soc. Biol. 1873, 75-83.

[3] **Magnan.** — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e édition, 1893.

[4] **Truc.** — Note sur un cas d'épilepsie congestive. *Lyon médical*, 1885, XLVIII.

[5] **Bechterew.** — La circulation du cerveau pendant les accès de l'épilepsie expérimentale d'après les expériences de Todorski. *Neur. Centralb.* 1891, n° 22, et *Neur. Centralb.* 1894, n° 23, 834.

Digitized by Google

les vaisseaux de la dure-mère et mesurent en même temps la pression dans le cercle artériel de Willis et l'aorte. Pendant l'attaque, la pression monte dans les artères cérébrales et diminue dans les extrémités centrales des carotides. Le sang afflue au cerveau et provoque une dilatation des capillaires. Dans leur second mémoire, ces mêmes auteurs, complètent leurs premières expériences par l'étude comparative de la pression sanguine dans la veine jugulaire et celle du liquide cephalo-rachidien. Leurs conclusions sont que les deux pressions sont augmentées pendant l'accès, que le sang artériel afflue au cerveau en quantité prodigieuse ; l'hyperhémie est active. Barchipolski[1] a fait les mêmes expériences sur des chiens trépanés et il est arrivé aux mêmes conclusions. M. Dide[2], dans ses recherches expérimentales, a toujours observé un trouble de la circulation cérébrale au début des convulsions. Au cours de celles-ci, il existe de la congestion, mais cela ne prouve pas que la congestion soit le fait initial déterminant la convulsion.

Plusieurs auteurs se sont basés sur ces troubles circulatoires pour expliquer l'épilepsie tardive et sénile, les vieillards étant prédisposés aux congestions. Si on examine leurs observations, on y rencontre comme étiologie tantôt l'artério-sclerose, tantôt la prédisposition névropathique ou héréditaire, tantôt un élément toxique. M. Maupaté[3] déclare qu'il a toujours rencontré l'hérédité nevropathique dans l'épilepsie sénile ; c'est aussi l'avis de MM. Féré[4] et Masouin[5] qui attachent une grande valeur à l'influence héréditaire. Kiernan[6] accorde une grande importance à l'amas de toxines dans le sang résultant de l'épuisement nerveux, lorsque les voix d'élimination des toxines et des ptomaïnes produites à l'état normal dans l'organisme se trouvent supprimées. Pour Kovalewsky[7], il faut tenir compte dans l'étiologie de l'épilepsie sénile de l'hérédité, de l'artério-sclerose, de l'alcoolisme, de la syphilis, des lésions organiques diffuses du cerveau. Lewis Allen[8] et Luth[9] attribuent à l'artério-sclerose tous les cas d'épilepsie survenus après l'âge de 30 ans ; mais Maussel Sym-

[1] **Barchipolski.** — De la circulation cérébrale pendant les accès épileptiques. Soc. de psych. de St-Pétersbourg, 5 oct. 1896.

[2] **Dide.** — *Des troubles circulatoires encéphaliques associés aux phénomènes convulsifs.* Thèse de Paris, 1900.

[3] **Maupaté.** — L'épilepsie tardive chez l'homme. *Annales med. psych.*, 1895, II, 33-84.

[4] **Féré.** — Loc. cit.

[5] **Masouin.** — Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile. *Ann. med. psy.*, Mars, avril 1902, 211.

[6] **Kiernan.** — Epilepsie consécutive à l'encephalite et épilepsie tardive. *The alienist and Neurologist*, avril 1897.

[7] **Kovalewsky.** Epilepsie senile. *Centralb. für Nervenheilk*, XX, N. F VIII, 1897, et *Arch. de psych. de neur. et de med. légale de Varsovie*, 1897, XXIX, N. I, 78.

[8] **Lewis Allen.** Epilepsie sénile. *Medical News*, mars 1898.

[9] **Luth.** Die spatepilepsie. *Allg. Zeitschr. f. psychiatrie*, vol. 56, 1899.

Digitized by Google

son[1] dans deux cas d'épilepsie sénile n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion des vaisseaux. Rossi[2] publie l'observation d'un vieillard de 71 ans qui présenta une première crise d'épilepsie à la suite d'une insolation. Furstner[3] croit que l'épilepsie tardive peut être due à des traumatismes et à des encephalites parfois peu intenses datant de l'enfance. De Naunyn[4] la rattache à l'anémie cérébrale ; il a pu chez trois vieillards faire réapparaître les accès en comprimant les carotides. Chez les aliénés devenus déments, il est fréquent de voir apparaitre des crises épileptiques ; Cristiani[5] donne pour cause la chronicité de l'aliénation ; chez ces malades, l'autopsie révèle souvent une leptoméningite avec sclérose et atrophie de l'écorce.

L'épilepsie, qu'elle apparaisse chez le jeune ou le vieillard, semble résulter, d'après les nombreux mémoires publiés à son sujet, d'une multitude de causes et c'est avec raison qu'on dit qu'il n'y a pas une épilepsie mais des épilepsies (Féré[6], Gelineau[7]). Depuis quelques années cependant, de nombreuses recherches expérimentales sur la toxicité du sang, des urines, de la sueur et du liquide cephalo-rachidien des épileptiques ont pu jeter une lumière nouvelle sur la pathogénie de cette maladie. Une nouvelle théorie s'est édifiée, la théorie toxique. « L'organisme, dit M. Bouchard, est un receptacle et un laboratoire de poisons. L'homme se trouve constamment sous une menace d'intoxication à laquelle il échappe grâce à la destruction de ces poisons par certains organes et surtout grâce à leur élimination par les différents émonctoires. Ces produits toxiques élaborés dans l'intimité de nos tissus par les cellules organiques ou microbiennes, ou bien introduits du dehors se déversent dans le torrent sanguin et sortent de l'économie par les divers liquides excrémentitiels auxquels ils communiquent leurs propriétés toxiques. La recherche de ces poisons à leurs sources dans le sein de nos tissus, exige des manipulations dont la délicatesse et la complexité risquent d'altérer les résultats. Il est donc bien plus simple d'étudier la nature et le nombre des matières toxiques qui circulent dans le sang en s'adressant aux émonctoires chargés de les entraîner au dehors. » La nature toxique de certains cas d'épilepsie idiopathique, est maintenant défendue par un grand nombre d'auteurs, et les recherches récentes sur le sang et les liquides excrétés semblent éclairer des faits restés obscurs jusqu'alors.

[1] **Maussel Symson**. Epilepsie sénile. *British med. journ.*, 19 mai 1891.

[2] **Rossi**. Contribution à l'étude de l'épilepsie tardive. *Reforma medica*, 1895, V-I, n° 21.

[3] **Furstner**. Sur la pathologie de certaines attaques convulsives. *Arch. f. psychiatrie*, XXVIII, 2, 1896.

[4] **De Naunyn**. Sur l'épilepsie sénile. *Zeits f. Klin med.* 1895, Bd XXVIII, 217.

[5] **Cristiani**. Epilepsie tardive chez les aliénés. *Arch. di psichiatria, scienze penali e antropologia criminali*, vol. XVI, fasc. I, II.

[6] **Féré**. Loc, cit.

[7] **Gelineau**. *Traité des épilepsies*, 1901.

Digitized by Google

Les recherches de MM. Henocque[1] et Féré[2] ont montré que le sang des épileptiques était peu riche en oxyhémoglobine, que cette diminution était surtout manifeste après les accès, mais cette altération du sang n'était là qu'une conséquence de la maladie. Haig[3] pensant que la quantité d'acide urique contenu dans le sang a une influence considérable sur la production des accès epileptiques a précisé ce fait; il trouva que la quantité d'acide urique est sensiblement proportionnelle à celle de l'urée. On peut en diminuant la production de celle-ci par un régime approprié agir efficacement contre les symptômes convulsifs de l'épilepsie. Les travaux de Nelson Tecter[4] complètent les recherches de Haig, il remarque qu'il y a une augmentation moyenne du taux de l'urée chez les épileptiques idiopathiques, mais qu'il ne paraît pas y avoir de relation entre la quantité d'urée trouvée et le paroxisme épileptique; l'augmentation de l'urée d'après l'auteur doit être dûe au grand travail musculaire effectué pendant la crise. Les recherches de Krainsky[5] montrent d'ailleurs que la toxine qui provoque la crise épileptique ne doit pas être attribuée à l'acide urique mais à une des substances qui le forme, probablement au carbaminate d'ammonium qui s'accumule dans le sang. D'après Krainsky, la substance active dans le carbaminate d'ammonium n'est pas l'acide carbamique mais l'ammoniaque. Au cours des crises, le carbaminate d'ammonium est décomposé en urée et en eau. Cette théorie expliquerait l'action favorable des bromures dans l'épilepsie. Les bromures de potassium et de sodium décomposent le carbaminate d'ammoniaque en formant du bromure d'ammonium, du carbaminate de potasse et du carbaminate de soude. Ces corps, comparés au carbaminate d'ammonium, sont bien moins toxiques. Cette thérapeutique ne consiste qu'à neutraliser le poison mais ne prévient pas sa formation. M. Cololian[6] a recherché la toxicité du serum sanguin non seulement dans l'intervalle des attaques mais aussi avant, pendant et immédiatement après. MM. Mairet et Vires avaient, avant lui, trouvé que le sérum sanguin des épileptiques est moins toxique que celui de l'homme sain. L'auteur trouve au contraire que cette toxicité est plus grande. Ses expériences consistaient à prendre du sang à un épileptique, à le laisser reposer vingt-quatre heures afin d'obtenir du sérum qu'il injectait à de jeunes animaux. Ses conclusions sont que le sang des épileptiques paraît plus toxique que

[1] **Henocque.** — Art. Hematoscopie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e Série, XIII, 1888, 38.

[2] **Féré.** — Notes Hematospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques. *C. R. Soc. Biol.*. 1889, 104, 131, 164.

[3] **Haig.** — Conditions physiques de la circulation crânienne. ses rapports avec la production de la migraine, de l'épilepsie, de la dépression mentale. *Brain*, parts LXI et LXII, 1893, 230.

[4] **Nelson Tecter.** — Origine auto-toxique de l'épilepsie, *The alienist and neurologist*, avril 1897, XVIII, 203.

[5] **Krainsky.** — Pathologie de l'épilepsie. *The alienist and neurologist*, oct. 1898.

[6] **Cololian.** — La toxicité du sang dans l'épilepsie. *Arch. de neur.*, mars 1899 VII, n° 39, 177.

Digitized by Google

celui de l'homme normal, même quand il provient d'épileptiques qui n'ont pas eu d'accès,depuis plusieurs heures, qu'il est toxique avant l'attaque et surtout après.

L'émonctoire rénal étant l'un des principaux épurateurs de l'économie, la toxicité des urines devait être aussi, l'objet de nombreuses recherches. MM. J. Voisin et Péron [1] après une série d'expériences arrivent aux conclusions suivantes : il y a avant et pendant l'accès hypotoxicité des urines, c'est-à-dire intoxication du sang, et après l'accès hypertoxicité des urines c'est-à-dire élimination des toxines du sang. Ces auteurs ont complété leurs recherches par l'examen des accidents provoqués chez les animaux par l'injection d'urine d'épileptiques; ils ont remarqué chez ceux-ci des symptômes convulsifs très nets. Pour Krainsky [2], l'épilepsie ne serait pas une névrose, mais un déséquilibre dans les échanges nutritifs se manifestant par une diminution de la production et de l'excrétion de l'acide urique. L'élimination diminue avant l'accès et augmente après. L'acide urique n'est pas l'élément toxique provocateur de l'accès ; il y a un élément intermédiaire retenu dans le sang, le carbamine acide d'ammoniaque. L'accès épileptique, est un moyen de défense de l'organisme pendant l'accès. Le carbamine se transforme en urée et acide urique éliminés par les urines. Bechterew à propos du travail de Krainsky citent une de ces observations personnelles dans laquelle il réussit à provoquer des accidents épileptiques chez un cobaye par l'injection de deux grammes de sang retirés à un épileptique ayant des accès fréquents. MM. Mairet et Bosc [3] trouvent d'une manière générale que les urines des épileptiques sont hypotoxiques et que les urines préparoxystiques ont un degré de toxicité normale. Les recherches de Bleile [4] ont porté sur l'urine de douze malades pendant trente jours; en même temps que le poids spécifique et le volume il notait la quantité d'urée, de phosphates, de sulfates et d'indican. Les attaques n'ont aucune influence sur la quantité et le poids spécifique de l'urine. L'excrétion des phosphates est augmentée dans la plupart des cas; le rapport des phosphates alcalins aux phosphates terreux est modifié au profit des premiers. Dans tous les cas l'élimination des sulfates est au-dessous de la normale ; la quantité d'indican est supérieure. Les résultats de l'auteur démontrent que les urines des épileptiques ont une toxicité supérieure à la normale. Cette hypertoxicité, n'est pas dûe au grand travail musculaire accompli pendant l'accès. Tramonti [5] a, en effet,

[1] **J. Voisin et Péron.** — Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques : *Arch. de neurol.*, XXV, janv. 1893, 70.

[2] **Krainsky.** — Contribution à l'épilepsie. VIe Congrès des méd. russes, Kieff, 26 avril 1896.

[3] **Mairet et Bosc.** — Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques. *C. R. soc. Biol.*, 8 févr. 1896.

[4] **Bleile.** — L'urine dans l'épilepsie. *The New-York médical journal*, 8 mai 1897.

[5] **Tramonti.** — *Rivista di psicologia, psichiatria, neuropathologia ;* n° 1, 15 août 1898.

Digitized by Google

étudié l'urine émise après quelques équivalents épileptiques dans lesquels le travail musculaire était nul ou différait peu d'un travail musculaire normal ; il a trouvé que l'urine contenant dans ces cas des substances éminemment toxiques. Pour Weber [1], on ne connaît pas encore la nature des substances qui jouent un rôle manifeste dans la production des accès épileptiques, et pense comme Krainsky, que dans un certain nombre de cas il s'agirait de carbaminate d'ammonium formés aux dépens de l'urée. Le filtre rénal d'ailleurs est souvent défectueux chez les épileptiques, et ce fait a été mis en évidence par MM. Féré et Laubry [2], MM. J. Voisin et Mantes [3], Bonfigli [4] qui ont employé la méthode au bleu de Methylène, pour étudier la perméabilité rénale. D'après MM. Féré et Laubry, l'élimination du bleu de méthylène est plus rapide quand l'injection sous-cutanée a été faite pendant l'accès ou peu après ; elle est plus lente quand elle a été faite vingt-quatre heures ou plus après un accès. MM. J. Voisin et Mantes arrivent aux mêmes résultats ; l'élimination d'après eux s'effectue en quatre heures pendant les espaces intercalaires, elle dure de quatre-vingt-dix à cent dix heures au moment des accès. L'élimination prolongée coïncide avec l'hypotoxicité. Bonfigli a remarqué que pendant l'état de mal la courbe d'élimination présente des interruptions.

Les nombreux travaux sur la toxicité particulière du sang et de l'urine des épileptiques ont déterminé Cabitto [5] à faire des recherches sur leur sueur. Il a trouvé que celle-ci était douée d'un pouvoir convulsivant intense qui va en augmentant à mesure que l'accès approche, et qui persiste seulement quelque temps après celui-ci. La sueur recueillie immmédiatement avant ou après un accès peut, à la dose de 10 centimètres cubes par kilogramme d'animal, provoquer la mort qui survient au milieu de convulsions ayant le caractère des accès épileptiques. La sueur recueillie les jours qui suivent l'accès ne donne lieu à aucun phénomène morbide.

Mavrojannis [6], contrairement aux expériences de Cabitto, ne trouve pas que la sueur post-paroxystique soit douée d'un pouvoir hypertoxique. Les substances convulsivantes qui circulent dans le sang ne seraient éliminées qu'en très faible proportion par la voie cutanée. Chez des lapins, l'injection de 50 centimètres cubes de sueur n'a déterminé comme symptôme caractéristique

[1] **Weber.** — Sur le rôle de l'auto-intoxication dans l'épilepsie. *Muncheuer med. Wochenschr.*, 1898, 818.

[2] **Féré et Laubry.** — Notes sur la plus grande rapidité de l'élimination du bleu de methylène par les urines, à la suite des accès chez les épileptiques. *C. R. soc. Biol.*, 23 oct. 1897.

[3] **J. Voisin et Mantes.** — Elimination du bleu de methylène chez les épileptiques ; retard prolongé pendant les accès. IXe Congrès des méd. alién. et neurol. Angers, 1898.

[4] **Bonfigli.** — Sur l'élimination du bleu de methylène dans l'épilepsie, dans l'hystérie et quelques maladies mentales. *Rivist. sperim. di freniat. e med. leg.*, XXV, F. 2, juill. 1899, 387-400.

[5] **Cabitto.** — Toxicité de la sueur des épileptiques. *Rivista sperim. di frenatria*, XXIII, f. I, 1897.

[6] **Mavrojannis.** — *La toxicité de la sueur.* — Thèse de Paris, 1898.

Digitized by Google

que des mouvements d'extension forcée de la colonne vertébrale, mouvements qu'on n'observe cependant jamais avec la sueur normale.

Les derniers travaux sur la ponction lombaire ont suscité des recherches sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des épileptiques, mais ces recherches sont encore peu nombreuses. Il y a, en effet, peu de temps que la ponction lombaire, devenue familière, est employée comme moyen courant de diagnostic. MM. Dide et Sacquepée[1] ont étudié la toxicité du liquide céphalo-rachidien en faisant à des cobayes des injections intra-cérébrales de ce liquide. Dans leurs expériences il faut donc tenir compte du traumatisme produit. Les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs sont les suivantes : le liquide céphalo-rachidien est dépourvu de toxicité chez les épileptiques en dehors des paroxysmes convulsifs ; le liquide prélevé après une attaque isolée détermine des phénomènes variables et généralement légers, tels que de l'abattement, de la stupeur, des secousses généralisées ; le liquide, prélevé après des attaques en série, produit à la dose d'un quart de centimètre cube, des convulsions généralisées intenses et se reproduisant parfois de façon subintrante. A plus forte dose, la mort survient. Les mêmes résultats ont été obtenus par Pellegrini[2] qui trouve que le liquide céphalo-rachidien est doué d'un pouvoir très toxique, surtout après l'accès. Injecté à des cobayes il détermine chez eux des phénomènes convulsifs.

L'absence de lésions ou au contraire leur étendue dans les autopsies d'épileptiques, montre qu'il n'y a pas une lésion unique provoquant cette maladie. Au contraire les altérations spéciales des cellules nerveuses plaident en faveur de l'origine toxique de l'épilepsie essentielle. Il en est de même des recherches récentes faites sur la toxicité du sang, des liquides excrémentitiels de l'économie, du liquide céphalo-rachidien, des recherches thérapeutiques de MM. Babès et Bacoucca[3] sur l'action anti-toxique de la substance nerveuse. Mais y a-t-il une seule toxine capable de déterminer le mal comitial? Les observations semblent prouver le contraire. Ne retrouve-t-on pas dans l'étiologie de l'épilepsie des poisons divers introduits du dehors ou élaborés au sein des tissus : alcool[4], plomb, tabac[5], morphine d'une part ; toxines diathésiques d'autre

[1] **Dide et Sacquepée.** — Note préliminaire sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie. *Soc. de Neurol.*, 18 avril 1901.

[2] **Pellegrini.** — La toxicité du liquide cérébro-spinal des épileptiques. *Riforma Medica*, an XVII, vol. II, n° 54-55 : 4-5 juin 1901, 638-651.

[3] **Babès et Bacoucca.** — Sur la prévention et la guérison de l'épilepsie toxique par l'injection de substance nerveuse. — Académie des Sciences, 17 juillet 1899.

[4] **Echeverria.** — L'épilepsie alcoolique. — *The Journal of ment. sci.*, janvier 1881, 489. — **H. Stern.** — Sur l'épilepsie d'origine alcoolique, New-York, *Médico légal Journal*, juin 1897. — **Hochlaus.** — De la calcification prématurée des vaisseaux de l'encéphale, considérée comme cause d'épilepsie. *Neuro Centralb.*, XVII, 1898. — **Bratz.** — Alcool et Epilepsie, *Allg. Zeitsch. f. psychi.*, t. LVI, 3 juin 1899.

[5] **G. Ballet et Faure.** — Attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. — Soc. Biol., 11 février 1899.

Digitized by Google

part (arthritisme[1], diabète[2]); infection (syphilis[3], fièvre typhoïde[4], etc.); peut-être encore faut-il ajouter d'autres toxines mal connues et provenant de glandes à sécrétion interne[5]. L'organisme est toujours menacé par une foule de poisons, il suffit souvent de l'altération d'un organe destiné à les éliminer pour voir apparaître la crise épileptique. Ferrarini[6] donne l'observation très instructive d'un sujet qui chaque fois qu'il présentait un état hépatique marqué avait des attaques d'épilepsie.

Il reste cependant à expliquer pourquoi tel individu a des accès épileptiques sous l'influence de causes incapables de produire le même phénomène chez d'autres. Roncoroni [7] a trouvé dans le cerveau des épileptiques une diminution ou une disparition des cellules de la cinquième couche corticale, lésion qu'il a également rencontrée dans le cerveau des criminels. Doit-on regarder ces lésions comme constituant le substratum anatomique des attaques épileptiques. Pour cet auteur c'est là l'expression organique d'un trouble héréditaire. Chez l'épileptique de naissance, comme chez le criminel-né, il existe une disposition atavique des différentes couches de cellules de l'écorce ; ce serait là la marque que le cerveau s'est arrêté dans son développement. Mais, pour cet auteur, la prédisposition héréditaire n'est pas encore suffisante il faut en plus la prédisposition acquise ; des deux facteurs précédents, il résulte une altération du chimisme des éléments nerveux du cerveau, substratum indispensable pour la production des accès épileptiques. Pour M. Voisin[8], l'épilepsie est produite par un poison retenu ou fabriqué par l'organisme, mais il faut que le sujet soit prédisposé héréditairement. M. le Pr Joffroy[9], s'appuyant sur de nombreux faits de pathologie générale, conclut que chez l'homme comme chez les animaux, les mêmes influences ne produisent pas invariablement les mêmes réactions de l'organisme. Pour que les réactions soient identiques chez deux individus de la même espèce, il faudrait que ces individus soient identiques en tous points, ce qui n'existe pas. Il y a une aptitude individuelle à prendre telle ou telle maladie, à réagir d'une façon particulière. L'individu normal traduit par des troubles gastro-

[1] **Teissier.** — Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme. *Lyon Médical*, 1885, XLVIII.

[2] **Jacoby.** — Sur l'épilepsie diabétique. *New-York Médical Journal*, 9 nov. 1895.

[3] **Fournier.** — Epilepsie parasyphilitique. *Rev. Neurol.*, 1893.

[4] **Dide.** — Valeur de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de l'épilepsie. *Rev. de Méd.*, 10 février 1899.

[5] **Marchand.** — Epilepsie convulsive survenue après une ovariotomie. *Rev. de Psychi.*, septembre 1899.

[6] **Ferrarini.** — Epilepsie auto-toxique d'origine hépatique. *Rev. quind. di psicologia, psichiatria neuropathologia*, 15 février 1898.

[7] **Roncoroni.** — Des lésions du cerveau dans l'épilepsie et chez les criminels. *Archiv. di psychiatria, scienze penali et antropologia criminale*, 2 vol. XVII, fasc. I-II. 1896.

[8] **J. Voisin.** — *Epilepsie.* — Paris, 1897.

[9] **Joffroy.** — Loc. cit.

Digitized by Google

intestinaux son état toxi-infectieux. Le dégénéré développe avec la plus grande facilité sur cette intoxication des troubles mentaux et nerveux; l'un aura des hallucinations, l'autre des idées délirantes, un troisième des accès épileptiques. Ce dernier seul a ce que M. Joffroy appelle l'aptitude convulsive; c'est la façon de réagir de son organisme défectueux.

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

LES IMPULSIONS

par les Drs A. PITRES et E. RÉGIS[1]

I. Etiologie. — II. Diagnostic. — III. Marche et durée. — IV. Pronostic. — V. Traitement. — VI. Médecine légale.

I. — Etiologie

Les impulsions n'ont pas, à proprement parler, d'étiologie spéciale et leurs causes se confondent avec celles de l'aliénation mentale, en particulier avec celles des états psychopathiques auxquels elles se lient.

Ce qu'on peut dire, c'est que, l'impulsivité, c'est-à-dire la tendance au retour vers le réflexe élémentaire, marquant une infériorité psychique de l'individu, innée ou acquise, elle relève surtout des facteurs qui engendrent cette infériorité, *dégénérescence* ou *démence*.

Or, les grands facteurs de la dégénérescence et de la démence sont, cela est avéré aujourd'hui, les troubles de nutrition de l'organisme. Ce sont donc surtout les intoxications et les infections qui les provoquent, soit directement, soit par voie héréditaire et, parmi elles, en tête, l'alcoolisme et la syphilis. C'est ce que faisaient ressortir encore, dans de récents et intéressants travaux, M. Bourneville[2] et Mlle Louise Robinovitch[3], à propos de l'imbécilité et de l'idiotie.

[1] Chapitre extrait de l'ouvrage : « Les Obsessions et les Impulsions », par MM. A. Pitres et E. Régis, volume actuellement sous presse de la BIBLIOTHÈQUE INTERNATIONALE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE, sous la direction du Dr Toulouse.

[2] Bourneville. *Rôle de la syphilis, de l'alcoolisme et des professions insalubres des parents dans l'étiologie de l'idiotie.* Congrès des aliénistes et neurologistes, Limoges, août 1901.

[3] Mlle Louise Robinovitch. Idiot and imbecile Children; various causes of idiocy and imbecility. The Journal of mental pathology, New-York 1901, N° 122.

Digitized by Google

On peut même faire à cet égard une constatation curieuse : c'est que les intoxications donnent lieu bien plus que les infections à des troubles cérébraux accompagnés d'impulsions. Que l'on compare, par exemple, chez l'individu même, les psychoses alcooliques et les psychoses syphilitiques : les impulsions sont incomparablement plus fréquentes dans les premières que dans les secondes.

Et cette différence se poursuit, en s'accusant davantage encore peut-être, dans la descendance. La descendance des syphilitiques peut atteindre tous les degrés de l'échelle dégénérative, jusqu'à l'idiotie ; mais ses représentants sont beaucoup moins portés aux réactions violentes, dangereuses, que les hérédo-alcooliques. C'est parmi ceux-ci que se recrute, assurément, la majeure partie de l'armée du crime et, en particulier, les précoces criminels de l'heure présente qui attirent si justement l'attention des magistrats et des médecins.

Notre ami, le Dr JULES MOREL, de Mons, a rapporté tout récemment, à cet égard, des statistiques précises et intéressantes. Il résulte de ces documents que : 1° sur 168 récidivistes n'ayant subi que de petites condamnations, 89, dont 19 âgés de 18 à 30 ans, étaient adonnés aux excès alcooliques et 57, dont 20 également âgés de 18 à 30 ans, avaient un père ou une mère ivrognes ; 2° que sur 158 récidivistes ayant subi des condamnations à cinq ans et plus, 92, dont 46 âgés de 18 à 30 ans, avaient fait des excès alcooliques et 55, dont 39 également âgés de 18 à 30 ans, avaient des parents adonnés à la boisson [1].

En parlant de l'action si évidente de l'hérédité, dans la genèse de l'impulsion, il ne faut pas omettre de rappeler que cette hérédité peut se manifester sous une forme identique. C'est ce que l'on observe par exemple dans l'impulsion hérédidaire au suicide, homologue et même homocrone dans certaines familles et aussi, très souvent, dans l'impulsion à boire.

Un point tout particulièrement intéressant de l'étiologie des impulsions est celui relatif à l'influence de la *contagion* et de l'*imitation*.

Nous avons déjà signalé, à propos de la tendance au suicide et aux perversions sexuelles, la possibilité pour ces impulsions de se manifester simultanément ou de proche en proche, chez plusieurs individus. Nous croyons devoir revenir à nouveau ici sur ce fait parce qu'il éclaire d'un jour spécial la genèse d'un certain nombre de crimes commis en commun.

Sans entrer dans des détails qui ne sauraient trouver place

[1] Jul. MOREL, *La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste*. Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle, Amsterdam, août 1901.

Digitized by Google

ici, disons seulement que ces impulsions par contagion ou suggestion peuvent, tant au point de vue psycho-pathologique que médico-légal, être classés en deux catégories : 1° celles qui, sous l'influence d'un même trouble mental, sont exécutées par deux individus seulement ou par les membres d'une même famille, d'un même milieu restreint (impulsions à deux, impulsions familiales) ; 2° celles qui sont exécutées par des groupements plus étendus, des collectivités réunies fortuitement (crimes des foules).

Les premières rentrent, à un degré plus ou moins marqué, dans la grande classe des *folies à deux*. Comme les folies à deux, elles peuvent se produire soit par action d'un individu sur un ou plusieurs autres (délire communiqué de LASÈGUE et FALRET, délire d'imitation de PRONIER), soit par action réciproque de l'un sur l'autre ou les autres (délire simultané de RÉGIS). Ces types d'impulsions en commun, mais à sphère restreinte et intime, sont représentés par certains suicides à deux ou à plusieurs chez les amants désespérés ou déséquilibrés, des pessimistes, des mélancoliques, ainsi que par certains homicides en collaboration, crimes de famille pour la plupart, par exemple le parricide. « Le parricide par cupidité est celui de paysans âpres au gain, intéressés, supportant impatiemment l'obligation d'une rente à payer aux vieux parents ou simplement de les nourrir et qui, l'*homme souvent poussé par la femme et s'exaltant l'un l'autre par degrés*, en arrivent, après l'avoir accablé d'injures et de privations, à se débarrasser enfin (souvent dans un moment d'entraînement impulsif) de l'inutile et gênant aïeul[1] ».

Les impulsions de la seconde catégorie, *les crimes des foules*, bien qu'au fond du même ordre, méritent une mention à part, par les conditions toutes spéciales dans lesquelles elles naissent et s'exécutent aussi bien que par les graves conséquences, quelquefois d'ordre social, qu'elles entraînent. Elles ont été savamment étudiées dans ces dernières années et le sont encore, car la question est toute d'actualité, par SCIPIO, SIGHELE, FOURNIAL, TARDE, GUSTAVE LE BON, NINA RODRIGUES, etc.

Ces grands mouvements impulsifs nous semblent soumis dans une certaine mesure, eux aussi, aux causes provocatrices habituelles de toute folie à deux et il est certain que parmi eux, les uns sont de véritables impulsions *communiquées* par influence suggestive des *actifs* aux *passifs*, des *meneurs* aux *menés*, tandis que les autres sont des impulsions beaucoup plus soudaines, spontanées, nées pour ainsi dire brusquement et *simul-*

[1] E. Régis. *A propos du parricide*. Revue de psychologie clinique et thérapeutique 1901.

Digitized by Google

tanément dans « l'*âme des foules* », sous l'influence d'une émotion commune.

Dans les deux cas, la contagion est d'autant plus rapide, d'autant plus intense, d'autant plus violemment extériorisée que les impressions, dans une foule, semblent, comme l'ont bien vu SIGHELE et TARDE, se totaliser et se décupler en proportion du nombre des individus qui la composent. Pris isolément, ces individus sont calmes et inoffensifs; agglomérés, la moindre étincelle suffit à les enflammer et à les porter aux pires actions.

D'autre part, cela est frappant dans les crimes des foules, le rôle prépondérant sinon dans l'inspiration au moins dans l'exécution est joué par les faibles, ou pour mieux dire, par les plus excitables et les plus impulsifs : les déséquilibrés et les femmes.

Enfin l'impulsivité, dans les réactions des foules, tourne facilement non seulement à la cruauté extrême, raffinée, mais encore et surtout, au *sadisme*. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler dans leurs détails certains drames comme ceux de l'assassinat de l'ingénieur WATRIN, mutilé de façon atroce, lors de la grève de Decazeville, et surtout les scènes inoubliables de flagellations et de violences sexuelles publiques sous la Révolution, que vient de reproduire en détail le Dr QUERCY [1].

II. - Diagnostic

Le diagnostic des impulsions, comprend plusieurs éléments. Le premier consiste à distinguer la tendance impulsive des autres tendances psychopathiques. Il faut se garder en effet, et c'est là une erreur commune, de confondre dans le cadre des impulsions la plupart des actes des aliénés. Tous ces actes ne sont pas, tant s'en faut, des actes impulsifs. Beaucoup sont prémédités, prémédités, préparés, voulus, froidement et énergiquement accomplis, en un mot d'origine pathologique mais de processus normal. Le terme impulsion doit donc être réservé aux seules tendances qui se présentent avec les attributs propres à l'impulsion et que nous avons indiqués plus haut, à celles, en particulier, qui s'exécutent en dehors de la volonté ou malgré elle et de façon impérieuse ou même irrésistible. Hors de là, il n'y a point d'impulsion.

Reste à distinguer les impulsions suivant les états morbides auxquels elles se rattachent, et ce n'est pas là le côté le moins intéressant de leur diagnostic. En clinique, en effet, tout état morbide donne son cachet particulier aux symptômes qui en dépendent, il en est ainsi et surtout, peut-être, des impulsions

[1] Dr QUERCY, *La pathologie de la Révolution*. La médecine internationale illustrée, 1901.

Digitized by Google

ainsi que nous l'avons vu en parlant de leur séméiologie. Les impulsions de la dégénérescence, de l'épilepsie, de l'hystérie, de la démence ont, dans leur ensemble, un type distinct.

Ce cachet d'origine peut n'avoir qu'une utilité pratique relative lorsque la maladie fondamentale est évidente. Mais lorsque, ce qui arrive parfois, elle est plus ou moins masquée et que le diagnostic doit être fait par l'examen de la seule impulsion, c'est-à-dire lorsqu'il faut remonter de l'impulsion à l'état morbide sous-jacent, il acquiert une valeur de premier ordre. Cela est surtout vrai lorsqu'il s'agit de différencier une impulsion d'épilepsie non convulsive d'une impulsion de dégénérescence ou d'hystérie. M. PARANT, dans son excellent rapport déjà cité, a insisté tout spécialement sur ce point et montré que lorsqu'ils existent en bloc et forment un tout homogène, les caractères d'instantanéité, de rapidité, de violence, d'inconscience, d'amnésie, de périodicité de l'impulsion épileptique n'appartiennent qu'à elles et permettent de fixer l'opinion et d'asseoir un bon diagnostic.

Nous avons vu également à propos de la fugue que ces particularités symptomatiques étaient le plus souvent assez typiques pour déceler la névrose originelle.

On voit, par ces exemples, combien il importe de préciser l'état morbide qui sert de base aux impulsions et sur quelles données il convient de s'appuyer, dans la pratique, pour aboutir à ce résultat.

III. — Marche et durée

La marche des impulsions est en général rapide et leur durée courte. Mais il est clair que l'impulsion est d'autant plus rapide et plus brève qu'elle se rapproche davantage du réflexe élémentaire, d'autant plus lente et plus longue qu'elle appartient au domaine de l'impulsion psychique, avec ces processus et ses conflits cérébraux intermédiaires qui en amplifient et en compliquent d'autant l'évolution. Par là encore, la division psychopathologique des impulsions que nous avons admise se trouve justifiée. Aux deux extrêmes nous trouvons l'impulsion soudaine, instantanée de l'épileptique ou du maniaque, qui n'a que la durée de l'éclair, et à l'extrémité opposée, l'obsession impulsive, qui peut durer des semaines, des mois et des années à l'état statique, dans un conflit perpétuel de forces opposées pour, finalement, aboutir ou n'aboutir pas à l'acte impulsif.

A propos de la marche et de la durée des impulsions, il faut aussi noter que ce phénomène est loin d'être toujours un incident isolé et unique. Il peut se renouveler, et se manifeste alors sous la forme intermitente, rémittente, paroxystique, ou

Digitized by Google

même par accès. C'est le cas, notamment, nous l'avons vu, de la dipsomanie, de la pyromanie, et de plusieurs autres impulsions obsédantes analogues.

IV. — Pronostic

Le pronostic des impulsions est grave, en principe. Il est grave, l'impulsion étant le facteur principal des actes dangereux des aliénés, et son existence impliquant, nous l'avons vu, comme fondement, un état psychopatique généralement sérieux.

Ce pronostic varie donc à la fois avec la nature et l'intensité de la tendance impulsive et avec la maladie mentale à laquelle il se lie.

C'est ainsi que le pronostic de l'impulsion épileptique est doublement sombre : et parce qu'elle est le plus souvent violente et parce que l'épilepsie, au moins dans sa forme essentielle, ne comporte guère de chances de guérison. Par contre, l'impulsion du maniaque est moins fâcheuse, ses effets se portant davantage sur les objets que sur les personnes et la manie étant des plus curables.

On peut ainsi, en se basant snr ce double élément, établir, au moins d'une façon approximative, le pronostic de l'impulsion.

V. — Traitement

Le traitement des impulsions est extrêmement variable et il est impossible d'en tracer ici les règles, même à grands traits. Il varie en effet, comme leur diagnostic et leur pronostic, suivant le type de l'impulsion et suivant son fondement pathologique.

Les deux seuls points dont nous croyons devoir dire un mot ici sont ceux relatifs à la *psychothérapie* et à l'*internement* dans les impulsions.

Nombre d'auteurs ont préconisé la psychothérapie comme traitement soit de l'impulsivilité en général, soit de certaines propensions impulsives spéciales. Parmi eux, nous citerons surtout Aug. Voisin, Liégeois, Jules Voisin, Bérillon, Farez, Bonjour, von Schrenck-Notzing, Tokarski, Stradelmann, Bechterew, etc., qui ont eu recours à la suggestion hypnotique et d'autres, comme Hartenberg et Valentin, qui se sont adressés de préférence à la suggestion simple.

A un moment même, il a paru possible d'ériger ce mode de médication en méthode générale et de créer ainsi, suivant l'expression de Berillon, une sorte d'*orthopédie mentale* [1],

[1] Bérillon, *Les principes de la pédagogie suggestive*. Revue de l'hypnotisme. 1897, et *L'hypnotisme et l'orthopédie mentale*. Rueff, Paris, 1898.

Digitized by Google

destinée à redresser les déviations intellectuelles et morales, en particulier, les tendances impulsives des jeunes déséquilibrés, dégénérés et délinquants.

Il y avait là une véritable exagération. Que les dégénérés excentriques, obsédés ou impulsifs se trouvent bien d'une thérapeutique dans laquelle la suggestion, sous la forme et sous la dénomination plus exacte de *direction morale*, occupe une place importante, cela n'est pas douteux. Nous sommes même d'avis que le traitement médico-psychologique ou médico-pédagogique, si excellemment mis en pratique en France par M. BOURNEVILLE, et exposé par THULIÉ dans son récent ouvrage [1], est le traitement de l'avenir pour ces malades et qu'il donnera les meilleurs résultats le jour où il sera vraiment organisé, sous la forme soit individuelle, soit collective.

Quant à la suggestion proprement dite et surtout à la suggestion hypnotique, nous ne pouvons que répéter avec plus de conviction que jamais au fur et à mesure que notre opinion se trouve confirmée à cet égard par l'expérience, que ce procédé n'est applicable qu'aux seuls obsédés impulsifs qui, en même temps que leur dégénérescence, présentent des dispositions hystéropathiques les rendant aptes à l'hypnotisation. Le dégénéré pur et le neurasthénique constitutionnel, c'est-à-dire une grande partie des impulsifs, ne sont pas hypnotisables.

Encore faut-il reconnaître que même chez les dégénérés hystériques accessibles à l'hypnose, la suggestion est loin de donner toujours des résultats entièrement et définitivement favorables. D'après notre pratique personnelle, les débuts du traitement sont en général parfaits et tout fait espérer un succès complet dans l'avenir. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, il survient à nouveau quelques anicroches, le malade se montre moins assidu aux séances, il se lasse, le médecin aussi parfois et finalement, après des hauts et des bas et des oscillations multiples, le sujet retombe définitivement. Nous avons suivi ainsi pendant plusieurs mois, même pendant plusieurs années, des dégénérés hystériques enclins aux impulsions auxquels nous appliquions méthodiquement le traitement de l'hypnose et chaque fois, les choses finirent, à la longue, par tourner mal. Le cas d'un de ces individus, kleptomane et dromomane, qui, après avoir paru s'améliorer, recommença la série de ses actes délicteux et disparut, se trouve relaté à la fin de ce chapitre. Un autre, également kleptomane et dromomane, dont l'un de nous a publié ailleurs l'observation, rechuta également et s'est, en fin de compte, suicidé [2].

[1] THULIÉ. *Le dressage des jeunes dégénérés*. Paris, Alcan, 1900.
[2] E. RÉGIS, *Kleptomanie et hypnothérapie*. Société de médecine de Bordeaux, 1896.

Digitized by Google

En résumé, la psychothérapie, sous toutes ses formes, peut rendre de réels services dans le traitement des impulsions, mais il convient de ne pas s'en exagérer la valeur et de ne l'employer qu'à bon escient.

De par la nature même du phénomène qu'ils présentent, les impulsifs sont des malades essentiellement dangereux. L'*internement* s'impose donc le plus souvent pour eux, ne serait-ce que par mesure de sécurité. Cette nécessité de l'internement est évidemment d'autant plus impérieuse que l'impulsion elle-même revêt une forme plus violente, plus agressive, plus dangereuse et qu'elle offre un degré plus grand d'irrésistibilité.

C'est dire qu'elle l'est beaucoup moins vis-à-vis des impulsions psychiques ou obsédantes, souvent platoniques, dans lesquelles la volonté reste encore, au prix d'efforts et de lutte, maîtresse du terrain et nous ne pouvons que renvoyer à cet égard à ce que nous avons déjà dit dans la première partie de cet ouvrage sur l'internement dans les obsessions.

Il y aurait peut-être à examiner ici la question de savoir si les aliénés impulsifs non pour les impulsifs d'occasion mais pour les impulsifs d'habitude, c'est-à-dire les aliénés réellement dangereux, pour ne pas dire criminels, devraient ou non être placés dans un asile spécial et être maintenus là jusqu'à preuve parfaite de guérison.

Notre opinion à cet égard est celle de la majorité des aliénistes de tous les pays. Nous estimons qu'au moment où l'hospitalisation des aliénés est en train de subir des modifications profondes dans le sens de l'accroissement de la liberté des malades, il devient plus indispensable que jamais de rendre ce progrès possible en séparant des autres les aliénés vraiment redoutables, susceptibles de faire courir des dangers permanents à la société. Nous pensons que l'asile de plus en plus ouvert pour les aliénés inoffensifs, doit avoir pour complément ou pour mieux dire pour contre-partie l'asile de sûreté pour les aliénés dangereux et criminels, soumis là aux dispositions spéciales proposées à leur égard par les projets modificateurs de la loi de 1838 et que M. le député CRUPPI voudrait si justement voir détacher et voter, en raison de leur importance exceptionnelle, de l'ensemble d'une loi de réforme qui semble vouée depuis 21 ans à n'aboutir jamais.

Mais, en vertu du vieil adage que « mieux vaut prévenir que guérir », il serait préférable à tout d'attaquer le mal dans sa racine, c'est-à-dire d'organiser *l'assistance* et *l'éducation* des dégénérés qui, nous l'avons vu, constituent la majeure partie des récidivistes impulsifs.

Cette question du traitement social du criminel-malade par

Digitized by Google

la prophylaxie du dégénéré, fait actuellement l'objet de l'étude des criminologistes, médecins et magistrats, et elle a été parfaitement résumée dans l'intéressant rapport cité plus haut de JULES MOREL au Congrès de l'Anthropologie criminelle de 1901. Ce rapport conclut à la nécessité de placer les jeunes dégénérés, délinquants l'avenir, dans des établissements médico-pédagogiques spéciaux, sur le type, à perfectionner, des maisons de réforme et de préservation déjà institués à l'étranger, comme la *Reformatory d'Elmira.*

VI. — Médecine légale

Tous ceux qui s'occupent spécialement de la médecine légale des aliénés savent qu'elle ne comporte pas de règles fixes immuables, applicables à tous les faits de même ordre et qu'elle est, avant tout, une question d'espèce et de mesure. « Chaque cas particulier, a dit notre maître, M. MOTET[1], doit être envisagé individuellement sans parti-pris, avec une indépendance absolue ; quand nous l'avons soumis à une appréciation sévère, rigoureuse, c'est seulement alors que nous sommes en droit de le rattacher à des formes connues ». Et M. PARANT rappelle très justement aussi ce mot d'un auteur qui a dit qu'en médecine légale il n'y avait pas de maladies, mais des malades.

Cela est vrai pour tous les états psychopathiques, et particulièrement pour les impulsions.

En principe, un individu qui commet un délit ou un crime sous l'influence d'une impulsion dominatrice est irresponsable, car il se trouve de façon évidente dans le cas prévu par l'article 64 du Code pénal, ayant été « contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Mais en pratique les choses sont loin d'être aussi simples. Rien n'est en effet plus variable et plus contingent que l'impulsion, et il tombe sous le sens que l'épileptique qui frappe à l'aveugle sans savoir ce qu'il fait et sans se souvenir de rien et le simple névropathe tenté par un objet à l'étalage et qui se laisse aller à le dérober ne sauraient être absolument égaux devant la responsabilité. Aussi ne suffit-il pas de constater et de prouver qu'un inculpé est atteint d'impulsion, serait-ce même de perversion sexuelle obsédante, pour le déclarer, avec M. Garnier, irresponsable par application logique de l'article 64. Il faut encore établir, conformément au texte même de la loi, si précise dans sa brièveté, qu'il s'est agi là d'une force à laquelle le sujet *n'a pu résister.*

C'est qu'en effet, nous l'avons vu maintes fois dans le cours de ce travail, l'impulsion est loin d'être toujours irrésistible. Elle

[1] MOTET, Annales d'hygiène et de médecine légale, 1875, t. XLIV, p. 420.

Digitized by Google

peut souvent être combattue, et parfois maîtrisée. Si bien que, en réalité, la responsabilité varie dans l'impulsion, depuis l'irresponsabilité absolue jusqu'à la responsabilité complète, ou à peu près.

Le rôle de l'expert consiste donc à rechercher, dans le cas qui lui est soumis, non pas s'il y avait impulsion, mais étant donnée cette impulsion, si le sujet pouvait y résister, dans quelle mesure, et s'il l'a fait.

Montrer quel est le problème à résoudre, c'est en faire ressortir la difficulté. Il n'est pas possible en effet de mesurer de façon exacte, chez un individu, la valeur respective de chacune des deux forces, puissance et résistance qui se sont trouvées, à un moment déterminé, opposées l'une à l'autre. La psychologie n'arrivera sans doute jamais à effectuer mathématiquement une telle mensuration.

Heureusement, ce n'est point une opération numérique de ce genre qu'on demande à l'expert. Ce qu'il doit établir, c'est si le malade a été entierement dominé par son impulsion, ou s'il pouvait encore lui opposer une résistance, grande ou petite. Dans ces conditions sa tâche est possible, bien qu'encore des plus délicates.

Pour la remplir en conscience et la mener à bien, il doit tenir compte de tous les éléments qui entrent en jeu dans le cas qui lui est soumis.

L'impulsion d'abord : sa réalité, sa forme, son type psychopathologique, c'est-à-dire son degré d'irrésistibilité. L'état psychopathique sous-jacent ensuite : la nature de cet état, dégénérescence, démence, névrose, intoxication, son caractère de gravité, l'intensité de son action désorganisatrice sur le moi et la volition, c'est-à-dire l'état de résistance du sujet.

Les complications enfin, telles que shock moral, crises convulsives et surtout alcoolisme qui peuvent momentanément changer la face des choses et achever de rompre un équilibre déjà instable, en faveur de la propension morbide.

C'est en procédant ainsi qu'on peut arriver dans ce domaine si délicat qu'est la médecine légale des impulsions, à formuler des conclusions d'une précision scientifique suffisante pour servir de base à la décision des magistrats.

Digitized by Google

NEUROLOGIE

Asile de Villejuif

OBSERVATION DE TABES ET PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC AUTOPSIE ET EXAMEN HISTOLOGIQUE [1]

Tabes cephalique avec cécité progressive chez un ancien syphilitique Glycosurique. Troubles du goût et de l'odorat, avec interprétations délirantes, idées de persécution, d'humilité avec auto-accusation, euphoriques et mégalomaniaques. Démence paralytique.

Par le Dr J.-B. BUVAT

Interne des Asiles de la Seine

Les tabétiques présentent assez fréquemment des troubles mentaux ; c'est surtout dans les formes frustes du tabès qu'on voit survenir ces manifestations délirantes qui par leur éclat masquent souvent, du moins pour un temps l'affection médullaire.

Les troubles délirants qui surviennent à titre d'épiphénomène au cours d'un tabès ont été rangés dans deux grands groupes.

a) Les troubles délirants à forme d'excitation maniaque transitoire et à répétition, dus suivant Baillarger à une poussée congestive du côté de l'encéphale.

b) Les troubles délirants à forme de délire de persécution, type fréquent individualisé par notre maître le Pr Pierret et son école.

c) Enfin il est une série de cas ou les troubles délirants des deux formes précédentes sont moins nets et s'enchevêtrent, en revêtant assez vite un caractère démentiel particulier, assez voisin des troubles délirants de la P. G. On a coutume de dire dans ce cas que le tabétique a versé dans la paralysie générale.

Nous rapportons ici l'histoire clinique d'un malade qu'on peut ranger dans le dernier groupe. Mais avant d'aborder l'observation clinique complétée par un examen histologique du système nerveux, nous allons passer d'abord rapidement en revue les opinions des maîtres sur les rapports de la paralysie générale et du tabés.

Dans une discussion retentissante en 1892 le Pr Raymond [2] formulait ainsi son opinion :

« P. G. et tabés dorsalis coexistent fréquemment ; la P. G. peut débuter par les symptômes du tabés. Le tabès peut à un moment

[1] Examen histologique par le Dr MARCHAND, médecin-adjoint des Asiles.
[2] RAYMOND. *Société médic. des Hôpit.* 8 av. 92 in Sem. médic.

Digitized by Google

donné se joindre à la P. G. On peut encore admettre une interprétation plus large ; encephale, moelle, nerfs périphériques peuvent se trouver atteints dans la P. G. simultanément ou successivement donnant lieu à tel ou tel tableau clinique, suivant la prédominance des lésions sur telles ou telles parties des centres nerveux. On peut même se demander en présence de ces faits, surtout si on considère en outre leur étiologie si le tabés et la P. G. ne sont pas une même maladie, idée qui a déjà été soutenue et sur laquelle j'ai l'intention de revenir ».

M. G. Ballet [1], répondit :

» Un bien petit nombre de tabétiques versent dans l'encéphalite interstitielle diffuse : aussi je considère qu'il n'y a qu'un très petit nombre d'ataxiques devenant P. G. comparativement au chiffre des P. G. présentant des signes d'ataxie. Ce fait n'indique-t-il pas que les lésions médullaires qui chez le paralytique déterminent des douleurs fulgurantes et autres symptômes analogues, ne sont peut-être pas comme on l'avance sans avoir étudié la chose, des lésions du tabès vrai c'est-à-dire de sclérose systématique des cordons postérieurs.

D'ailleurs lorsqu'on compare au point de vue de leur origine et de leur évolution les altérations de la maladie de Duchenne et celles de la P. G. on constate entre les unes et les autres des différences profondes ; l'encéphalite procède des vaisseaux elle est avant tout périvasculaire. La myélite (j'entends celle du tabès vrai) procède au contraire des racines nerveuses, elle est péritubulaire.

Le Pr Joffroy [2] dit à son tour que ainsi qu'il l'a soutenu au congrès de Lyon, il considère l'ataxie et la P. G. comme relevant également d'une inflammation parenchymateuse. « Mais il est un argument qui m'empêche de confondre en une seule ces 2 affections, c'est que l'ataxie est caractérisée par une lésion systématique du système sensitif central (cornes postérieures et faisceaux postérieurs de la moëlle) tandis que la P. G. n'est pas une maladie systématique ; elle frappe en quelque sorte au hasard les systèmes moteurs, psychiques-trophiques et ne touche que plus rarement au système sensitif. Donc au point de vue anatomo-pathologique, on doit se refuser à confondre l'ataxie et la P. G. En se plaçant au point de vue clinique, il faut cependant rapprocher ces 2 affections parce que de temps en temps on les trouve réunies chez le même sujet : il est vrai que rien n'empêche de regarder cette réunion comme une coïncidence.

[1] G. Ballet. *Société médic. des Hopitaux* 26 Avril 92 in Sem. méd.
[2] Joffroy, *Société médic. Hopit.* 20 mai 92 in Sem. méd. 92.

Digitized by Google

J'admets cependant en me fondant sur l'étiologie qu'il existe une certaine parenté entre les 2 affections. »

Dans leur ouvrage intitulé paralysie générale, Magnan et Sérieux [1] s'expriment ainsi :

« Dès que la P. G. a duré un certain temps il est exceptionnel que la moëlle ne soit pas intéressée, il s'agit donc en réalité d'une affection cérébro-spinale plutôt que cérébrale... On observe des scléroses systématiques et diffuses. Parmi les premières, la plus fréquente est la sclérose des cordons postérieurs (Baillarger, Wesphal, Magnan) on constate alors les symptômes de l'ataxie... ces troubles peuvent apparaître au cours de la P. G. ou au contraire la précéder de plusieurs années chez certains paralytiques on a trouvé à l'autopsie les lésions du tabès à leur début. Dans la majorité des cas l'axe cérébro-spinal est attaqué d'emblée dans sa totalité. »

Pour le Pr Pierret. — « Le délire du tabès existe : dans les cas purs, c'est un délire de persécution qui dans sa marche suit pas à pas l'évolution anatomique du tabès auquel il est intimement uni.

Ce délire débute par un état lypémaniaque, s'organise peu à peu à mesure que les organes des sens sont atteints... c'est un délire de persécution greffé sur des troubles sensoriels indubitables, ce qui ne constitue pas, comme on l'a dit trop souvent des illusions et des hallucinations véritables... bien plus on voit se greffer sur cet état lypémaniaque de véritables bouffées de mégalomanie avec troubles moteurs... ces bouffées d'abord transitoires, deviennent plus fréquentes, plus tenaces, finissent par constituer une sorte de P. G. mixte avec troubles moteurs ataxiques, troubles tabétiques de la sensibilité et plus tard un état démentiel à la fois satisfaisant et grognon... peu à peu une vraie démence s'établit, mais jamais elle ne perd absolument le caractère sensoriel qui tient aux localisations caractéristiques de la maladie primordiale. Les tabétiques déments sont toujours infiniment moins niais que les P. G. vulgaires.

Pourtant leur cerveau est gravement atteint, leur cortex dans le 1/3 postérieur des hémisphères est presque détruit par un processus d'inflammation mixte, accompagné de méningite ; celle-ci est au maximum dans tous les points où aboutissent des fibres sensitives ou sensorielles.

Les tabès à méningite accentuée sont à mon avis plutôt infectieux et surtout spécifiques parce qu'il est dans l'essence de la syphilis de tendre à la diffusion en envahissant les espaces sous méningés et leurs dépendances les gaines lymphatiques périvas-

[1] Magnan et Sérieux. *La Paralysie générale* page 56.

Digitized by Google

culaires. Faut-il s'étonner de voir cette méningite toxinique diffuser jusqu'aux centres psycho-moteurs, et créer un jour la série des symptômes qui caractérise la P. G... je trouve cette complication toute naturelle, mais je ne puis admettre qu'une telle superposition autorisée à confondre la P. G. et le tabès » [1].

Bl... Ar... entre à Villejuif le 21 septembre 1897 dans le service de notre maître M. le Dr Vallon avec les certificats suivants :

Accès d'excitation maniaque qui paraît consécutif à une poussée congestive vers l'encéphale. — Propos incohérents. — Loquacité. — Turbulence. — Insomnie. — Inconscience de sa situation. — Perte de l'œil droit. — LEGRAS.

Affaiblissement des facultés, excitation intellectuelle. Loquacité. — Hallucinations, il est victime d'un guet-apens, cauchemars. Tremblement des doigts, habitudes alcooliques.

DAGONET.

Le certificat de quinzaine porte : excitation maniaque. —

VALLON.

A la fin de février 1898 l'état d'excitation est tombé et un certificat de situation à cette époque est ainsi rédigé.

A eu un accès d'excitation maniaque avec délire des grandeurs, est maintenant calme beaucoup moins délirant. En somme amélioré mais non guéri. — Est aveugle. VALLON.

En juin 1898 nouvelle rechute attestée par le certificat suivant :

Excitation maniaque avec délire des grandeurs. La maladie après avoir présenté une période d'accalmie est entrée à nouveau dans une phase aigüe, présente en outre du tabès avec un affaiblissement très prononcé de la vue. VALLON.

En octobre 1898. — L'affection a fait des progrès ainsi que le prouve ce certificat :

Affaiblissement des facultés mentales avec idées de grandeur. Excitation maniaque par intervalles avec délire érotique. Faiblesse des membres inférieurs dépendant d'une affection de la moëlle épinière. Affaiblissement de la vue, voisin de la cécité.

VALLON.

En février 1899. — Affaiblissement des facultés mentales avec accès d'agitation et de délire. — Faiblesse musculaire. — Cécité. — Pas de chance de guérison.

VALLON.

[1] PIEBRET. Comptes Rendus Congrès Blois 1891. Conptes Rendus Congrès Moscou 97.

Digitized by Google

Les périodes de calme succèdent à des crises d'agitation, mais la cécité progresse de plus en plus, en même temps que l'instabilité sur les membres inférieurs apparaît.

En février 1900. — Voici les renseignements fournis par l'examen.

Les antécédents héréditaires sont inconnus, le malade a eu le syphilis et a été traité assez longtemps ; il a mené une existence très mouvementée, il a habité plusieurs années Panama en qualité d'ingénieur. — A Paris a mené une vie de débauche, excès vénériens, alcooliques, nuits sans sommeil. L'examen somatique ne nous révèle rien de particulier aux poumons, les artères sont dures, pas de souffles aux différents foyers d'auscultation, la matité aortique est exagérée, et le 2e bruit à la base est clangoreux.

Le malade accuse parfois des crises stomacales douloureuses, qui durent peu.

Langue pâteuse. — Dents complètement disparues. — Les urines contiennent du sucre en assez forte quantité.

SYSTÈME NERVEUX

Motilité — Abolition du réflexe rotulien, du réflexe du tendon d'Achille — ne peut apprécier l'écartement de ses membres inférieurs dans la position couchée ; debout, signe de Romberg — la marche est difficile, il lance légèrement les jambes à la façon des ataxiques, sans cependant que ce phénomène soit très marqué.

Troubles des sphincters, gâté par intermitences, érections très fréquentes et marturbation consécutive.

Aux membres supérieurs, l'incoordination motrice est beaucoup plus marquée qu'aux membres inférieurs, il faut le faire manger, il lui est impossible de porter comme il faut une cuillère à sa bouche. Tremblement des mains même au repos. La force musculaire est intacte ; légère trémulation de la langue lorsqu'on la lui fait tirer. Accrocs de la parole assez rares, se manifestant surtout lorsqu'on lui fait prononcer les mots d'épreuve — parole lente sans scansion ; léger degré de ptosis à gauche.

Signe d'Argyll Robertson. — Atrophie grise des 2 papilles, cécité presque absolue, distingue seulement le jour et la nuit. Le côté gauche de la face est animé d'un tic convulsif qui apparaît assez fréquemment.

Sensibilité. — Au contact et à la piqûre il y a un certain degré d'hypoesthésie généralisé à tous les membres, avec retard dans la perception. Au visage l'anesthésie au contact et à la piqûre est à peu près absolue — le malade se plaint parfois d'a-

Digitized by Google

voir une toile d'araignée sur le visage, des fourmillements et il porte sans cesse sa main sur sa figure comme pour la débarrasser de quelque chose de gênant.

La sensibilité thermique est à peu près conservée sur le tronc et les membres, abolie au visage.

Parfois le malade éprouve des douleurs vives, rapides dans les membres inférieurs plus fréquentes dans les membres supérieurs et la nuque, enfin de la névralgie faciale.

Les troubles sensoriels sont très marqués du côté de l'odorat, il ne reconnait pas les odeurs les plus vulgaires lorsqu'on les lui présente, et cependant il se plaint souvent d'être incommodé par de mauvaises odeurs, d'autrefois au contraire il accuse des sensations odorantes agréables.

Du côté du goût, troubles analogues, il ne perçoit plus les saveurs, et cependant il se plaint sans cesse d'être empoisonné, tout ce qu'il mange a un goût de matières fécales dit-il. L'audition n'est pas atteinte, il entend bien et reconnait d'assez loin les personnes du service en entendant le son de leur voix.

Pas de troubles trophiques.

Le malade présente des conceptions délirantes muliples et contradictoires sous lesquelles apparait un notable affaiblissement intellectuel n'allant cependant pas jusqu'à la niaiserie coutumière des conceptions des paralytiques ordinaires.

Tantôt déprimé, triste il a des illusions, des hallucinations du goût et de l'odorat, de caractère pénible sur lesquelles il échaffaude des idées de persécution « on m'empoisonne s'écrie-t-il à la visite, tout ce qu'on me fait manger a le goût de m..... On m'asphyxie avec de mauvaises odeurs, ma chambre est empoisonnée et il nomme son persécuteur, c'est V..... surveillant du quartier qui a reçu de l'argent d'un de ses ancieus amis pour le faire mourir, et il se livre à des violences contre qui l'approche « vous êtes des misérables, des bourreaux, » il s'indigne et vocifère des menaces.

D'autrefois les idées d'humilité l'emportent sur les idées de persécution il verse des torrents de larme : « je suis un misérable, j'ai ruiné ma famille, ne m'approchez pas, je suis trop sale, vous seriez empoisonné ; » il s'accuse des pires forfaits ; il a tué plusieurs personnes, violé une de ses tantes, donné la syphilis à son père, il est le dernier des misérables, il est maudit, et il refuse toute nourriture car il est trop indigne. Durant ces périodes de tristesse avec idées de persécution ou d'humilité il est en proie à une agitation continue il ne reste pas au lit, il est nu dans sa chambre accroupi dans un coin, l'insomnie est complète il n'accepte que le lait comme nourriture, les hallucina-

Digitized by Google

tions pénibles de l'odorat et du goût sont prédominantes et constantes.

Puis ces périodes de dépression font place à des périodes de calme relatif avec euphorie mégalomaniaque — les hallucinations olfectives et gustatives perdent de leur fréquence, changent de caractère ; passe-t-on près de lui qu'il vous complimente sur le parfum, dont vous laissez la trace, mais qui n'existe pas. il mange plus volontiers, il raconte d'interminables histoires à ses compagnons et passe parfois une journée entière à chanter des airs d'opéra qu'il a entendus jadis, et dont il a conservé et la notation musicale et les paroles ; ou bien il ne tarit pas sur ses projets multiples : ingénieur il va construire un chemin de fer qui jettera en quelques heures trois millions d'hommes sur l'Allemagne qu'il détruira en 24 heures, il va percer le canal de Panama et faire sauter le Trocadéro dont l'architecture lui déplait, et il rebâtira d'immenses palais ; il dîne avec le prince de Br. qui est son excellent ami. Les plus belles femmes de Paris sont ses maîtresses : et il les couvre d'or ainsi que les médecins qui le soignent.

La mémoire est affaiblie, mais non éteinte tout à fait, il peut encore se livrer à certains calculs, se rappelle son âge, la date, le lieu de sa naissance, il sait où il est, les principaux évènements de sa vie ; on parvient dans cette période de calme à fixer son attention quelques instants et obtenir quelque brève réponse qui prouve que la démence n'est pas complète.

Mais bien vite les conceptions délirantes reprennent le dessus.

Ces alternatives d'euphorie ambitieuse, et de dépression avec idées de persécution alternent ainsi pendant quelques mois.

En juillet 1900, le testicule gauche est devenu très gros, dur, avec des plaques d'induration, indolore, insensible ; on songe au testicule syphilitique ; de plus l'état démentiel s'accentue, les conceptions délirantes perdent leur caractère de mobilité contradictoire pour devenir monotone, il semble qu'à mesure que le cortex se désagrège, les conceptions délirantes perdent de leur variété, de leur richesse ; le malade répète toujours la même phrase niaise ; c'est un fait d'observation courante dans les phases ultimes de la P. G., alors que le malade n'est plus réduit qu'aux seules fonctions végétatives, et nous estimons que cette monotomie du délire chez le P. G. est un signe d'aggravation de l'état démentiel et le signe avant coureur d'un dénouement qui se rapproche. A partir de ce moment chez notre malade, la parole s'embrouille de plus en plus, la voix s'assourdit, l'amaigrissement s'accentue, le gatisme devient continu. Le malade doit être alité dans les premiers jours d'août 1900. La déchéance marche rapidement pendant août et septembre, la voix devient

Digitized by Google

nasonnée presque indistincte, non articulée, la perte de toute notion est complète.

L'impotence des 4 membres devient peu à peu absolue, le malade est étendu inerte presque sans mouvement. En octobre on doit l'alimenter à la cuillère et ne lui donner que du lait, il avale de plus en plus difficilement, et le liquide reflue parfois par les narines ; les mouvements des lèvres paraissent abolis ; le malade meurt avec le syndrome glosso-labié, le 3 novembre.

Autopsie. — Congestion très marquée des 2 bases pulmonaires, cœur mou, pas d'insuffisance à l'épreuve de l'eau, plaques athéromatheuses de l'aorte. — Les autres organes ne présentent rien de particulier. — A l'ouverture du crâne on constate un épaississement des méninges qui ont une teinte opalescente.

Le cerveau enlevé on constate une adhérence très marquée des méninges, la décortication entraîne des particules de matière cérébrale.

Les ventricules paraissent plus grands que normalement ; les plexus sont kystiques.

Le bulbe présente l'aspect décrit sous le nom de langue de chat.

Le système nerveux est réservé pour l'examen histologique dont notre collègue le Dr Marchand a bien voulu se charger : examen qui a fait l'objet de deux communications à la société anatomique [1].

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Cortex. — Les méthodes employées sont les suivantes : picro-carmin, hématoxyline de Delafield, les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal et de Weigert pour la névroglie.

Les méninges sont très épaissies, remplies de petites cellules rondes qui se groupent par place. Elles renferment des noyaux très nombreux et très dilatés.

Autour des vaisseaux, diapédèse surtout marquée dans la substance grise ; vaisseaux très dilatés avec parois épaissies irrégulièrement.

Les cellules pyramidales ont conservé pour la plupart leur forme normale ; à leur intérieur on trouve des granulations chromophiles, mais il y a dans presque toutes les cellules du pigment; dans ces cellules pigmentées le noyau est excentrique.

[1] Marchand, Société anatomique, 15 mars 1901.
Sclérose des bulbes olfactifs, dans un cas de tabès compliqué de paralysie générale.
L. Marchand, Société anatomique, 5 juillet 1901.
Cavités pseudo kystiques de ses ganglions sacrés et lombaires d'un P. G. ayant présenté le syndrome tabétique.

Digitized by Google

On trouve autour des cellules nerveuses s'accolant à elles des noyaux arrondis qui sont soit des lymphocytes, soit des noyaux névrogliques.

Les fibres tangentielles sont fortement diminuées de nombre ; la strie de Baillarger n'est presque plus visible. On trouve partout et surtout au voisinage des vaisseaux des corpuscules hyaloïdes. Il existe une prolifération névroglique, dans la couche moléculaire et à la périphérie de tous les vaisseaux. Les noyaux névrogliques proliferent, et dans chaque corps cellulaire névroglique on en trouve deux et même plusieurs.

Moelle. — Les mêmes méthodes de coloration ont été employées, les cellules des cornes antérieures sont fortement altérées, on ne peut pas trouver une seule cellule qui paraisse saine : dans la plupart il y a une zône pigmentée et le noyau est excentrique ; les granulations chromophiles sont réduites en une fine poussière, dans quelques cellules ces granulations ont disparu et le corps cellulaire est uniformément coloré.

Par la méthode Weigert-Pal on ne voit aucune lésion systématisée. Les faisceaux postérieurs sont cependant colorés d une façon moins intense que les cordons antéro-latéraux. Par la méthode de Weigert pour la névroglie on trouve une sclérose diffuse très légère des cordons postérieurs à la région lombaire.

Les racines postérieures ne paraissent pas très lésées. C'est à peine si en quelques endroits une appréciation subjective pourra prétendre que quelques tubes de myéline ont disparu : pas de lésion de l'enveloppe conjonctive.

Ganglions. — Les coupes des ganglions ont été faites sur ceux des régions lombaires et sacrées. A l'examen, on trouve trois sortes de lésions : 1° des lésions vasculaires ; 2° une infiltration des ganglions par une multitude de cellules rondes ; 3° des cavités pseudo-kystiques.

Les vaisseaux des ganglions présentent à leur périphérie un manchon de cellules rondes, lésion semblable à celle des vaisseaux du cortex dans la P. G. Cette diapédèse se retrouve aussi bien autour des artères des ganglions, autour des espaces sanguins qui sillonnent de toute part les ganglions. Cette grande quantité de cellules embryonnaires se retrouvent dans les zônes occupées par les cellules nerveuses et par les parties périphériques des ganglions ; ces cellules rondes prenant fortement la coloration se disposent par endroit en masse plus ou moins compacte ; les capsules endothéliales sont bouleversées ; leurs noyaux sont plus nombreux qu'à l'état normal et parfois la capsule est elle-même infiltrée de cellules embryonnaires ; les cellules paraissent normales et ne renferment pas de zônes pigmentées.

Digitized by Google

Les cavités pseudo-kystiques siègent à la partie du ganglion contigüe aux racines. Les plus grosses mesurent environ cinq millimètres de diamètre ; elles sont remplies de liquide transparent : les bords sont anfractueux, très riches en vaisseaux sanguins : elles ne possèdent pas de parois, mais à la périphérie même de la dilatation on trouve une légère bande de tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires. Ces cavités envoient des diverticules du côté de la racine adjacente et divise les fibres en plusieurs faisceaux.

Nerfs périphériques. — Les nerfs périphériques et les racines ont été examinés à l'état frais au moyen d'acide osmique à 1/100 et après durcissement, par la méthode de Weigert-Pal : l'examen apporté sur deux filets nerveux provenant l'un du crural, l'autre du sciatique.

On ne peut relever dans ceux-ci aucune lésion appréciable des gaines myéliniques.

Bulbes olfactifs. — Les cellules mitrales paraissent peu altérées. Elles ont conservé leur forme triangulaire : leur corps cellulaire renferme des granulations chromophiles très nettes; on ne trouve pas à leur intérieur de pigment. Leurs prolongements sont bien développés et contiennent des chromophiles sur une assez grande longueur.

Les vaisseaux des deux bulbes olfactifs sont très altérés, ils sont très dilatés, par endroit, très moniliforme et ont une direction tortueuse ; à leur pourtour on trouve de la diapédèse ; ils sont plus nombreux qu'à l'état normal.

Les lésions névrogliques par la méthode de Weigert occupent une topographie spéciale, on voit d'abord sur les coupes la façon dont les fibrilles entourent les glomerules. Au pourtour de ceux-ci, elles forment une couche très dense, très épaisse ; de cette couche partent des fibrilles qui pénètrent par groupe dans le glomérule et le subdivise. Ces fibrilles ont des dimensions variées ; les unes sont très épaisses (11 fl), les autres très fines : ces dernières sont les plus nombreuses, on ne trouve au milieu d'elles que quelques noyaux mais pas de cellules névrogliques géantes. Ces fibrilles abondantes proviennent des cellules névrogliques qui se trouvent en nombre considérable au pourtour des fibrilles qui entourent le glomérule. On retrouve cette disposition autour de la plupart des glomérules. Dans la couche moléculaire on trouve une grande quantité de cellules névrogliques à corps cellulaires colorés et à prolongements très épais ; ces prolongements contiennent plusieurs fibrilles qui se dirigent vers les glomérules ; la sclérose est diffuse dans toute cette couche, mais les cellules sont un peu plus nombreuses autour des vaisseaux.

Digitized by Google

La couche des cellules mitrales contraste avec les autres couches par le peu de névroglie qu'elle contient ; ce tissu n'y est pas plus abondant qu'à l'état normal. Les cellules y sont très clairsemées, leurs corps cellulaires ne se colorent pas par la méthode de Weigert ; les fines fibrilles sont très nombreuses, les quelques prolongements épais qu'on y rencontre sont de courtes dimensions.

Dans la couche des grains l'abondance du tissu de soutien est telle qu'à l'œil nu on peut distinguer cette couche sur les préparations. La sclérose est surtout représentée par un nombre considérable de fines fibrilles entrecroisées ; les cellules névrogliques, peu nombreuses dans ce plexus sont au contraire en abondance dans toute la région périphérique. Ces cellules hypertrophiées sont toutes semblables à celles qui entourent les glomérules olfactifs. Dans la zone des fibres nerveuses superficielles, au pourtour même du bulbe olfactif, on trouve une couche de fibrilles névrogliques très fines, très longues, au milieu desquelles sont disséminés quelques noyaux. Cette disposition est celle que l'on retrouve à l'état normal.

Si on considère que c'est surtout au niveau des glomérules de la couche moléculaire ainsi que de la couche des grains que la névroglie est la plus abondante, cette localisation de la sclérose est intéressante en ce sens qu'elle occupe sur tous les endroits où ont lieu les contacts des prolongements des divers neurones qui entrent en jeu dans la conduction des impressions olfactives.

C'est au niveau du glomérule qu'entrent en contact les fibrilles olfactifs et les dendrites des cellules mitrales, la couche moléculaire reçoit les dendrites latérales des cellules nitrales et celles des grains. Enfin au niveau de la couche des grains les fibres centrales terminales viennent s'arboriser autour de ces derniers.

Quelques points méritent particulièrement de fixer l'attention dans cette observation :

D'abord l'étiologie syphilitique qui, en outre des lésions nerveuses, a provoqué l'apparition d'une lésion tertiaire sur le testicule gauche ;

L'évolution lente d'abord de la maladie, sa localisation au système sensitif supérieur, nerfs optiques, olfactifs, trijumeaux, glosso-pharyngiens prenant le masque du tabès céphalique.

Le malade greffe sur ses troubles de la vue, olfactifs, gustatifs un véritable délire de persécution, il rentre ainsi dans le cadre des tabétiques avec délire de persécution tel que l'a tracé Pierret[1] et après lui Klippel[2] qui a mis en relief les troubles du goût et de l'odorat au cours du tabès.

[1] Pierret : *loco citato.*
[2] Klippel : *Arch. Neurologie*, avril 1897.

Digitized by Google

Puis l'apparition d'un état démentiel entrecoupé de périodes alternantes, d'idées de persécution, d'humilité avec auto-accusation, ambitieuses mégalomaniaques : toutes ces idées délirantes ne revêtant que dans les tous derniers temps de la vie le caractère niais et absurde des idées délirantes du P. G.

Le cortex présente les altérations habituelles de la P. G., et bien que l'examen histologique n'ait pas révélé de lésion systématique des cordons postérieurs, mais des lésions kystiques des ganglions rachidiens sacrés et lombaires avec un très léger degré de sclérose névroglique des cordons postérieurs, la sclérose très marquée des bulbes olfactifs, et l'antériorité des troubles tabétiques de la sensibilité dans le territoire des nerfs bulbaires nous entraînent à penser que notre malade a commencé par être un tabétique syphilitique qui, de par la diffusion de ses lésions spécifiques jusqu'au cortex a présenté un jour « la série des symptômes qui caractérisent la paralysie générale. »

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 28 avril 1902)

Etudes sur les Images mentales par M. J. Philippe. Discussion : MM. Sollier, Vallon, Ballet, Bernard. — *Délire à base d'Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général; lésions circonscrites de méningo-encephalite* par MM. P. Sérieux et Mignot. — Election des Drs Simidalof et Ruggiero Tambroni, comme membres associés étrangers. — Rapport sur un travail du Dr Bombarda.

M. J. Philippe. — A première vue il semble qu'on ne puisse décomposer une image mentale, cependant si on étudie ce que contient l'esprit d'un sujet évoquant une image, on peut se rendre compte que celle-ci ne constitue pas un tout indélébile, mais qu'elle se compose d'éléments variables. J'ai étudié les images visuelles et j'ai cru pouvoir décomposer leurs éléments en deux groupes comprenant, le premier, des éléments extrinsèques associés à l'image, le second des éléments intimes formant le corps propre de cette image.

Le premier groupe comprend lui-même plusieurs sortes d'éléments :

a) Des éléments logiques non représentatifs ;
b) Des éléments empruntés à des images voisines ;
c) Des sortes de trous qui existent dans l'image ; nous savons

Digitized by Google

que ces vides sont comblés par quelque chose que nous avons oublié.

Le deuxième groupe d'éléments intrinsèques se décompose lui aussi :

1° C'est l'évocation en gros de l'image, sorte de chaine d'ensemble, ne comprenant aucun détail, qui nous suffit d'ordinaire dans les évocations rapides de la vie ordinaire.

2° En un schème plus précis qui, par exemple, nous permettra l'évocation de la forme d'un caractère d'imprimerie sans nous donner le sens du mot.

3° L'évocation exacte de certains détails de la perception primitive, qui sont visualisés au point d'être à nouveau perçus mentalement.

En somme, une image mentale n'est pas une chose emmagasinée dans notre cerveau restant stable, inaltérable, mais étant donné la variabilité des éléments dont elle se compose, elle est susceptible d'évolution et de transformation.

De plus, entre les différentes images mentales se font des échanges et des associations.

Cette division me parait pouvoir être utile dans l'étude des aphasies en général, mais surtout des aphasies d'évocation et dans l'examen de la confusion mentale.

M. Sollier. — Faites-vous une distinction entre le souvenir et l'image ?

M. Philippe. — Cette distinction commence à être admise aujourd'hui. L'image n'est que la matière du souvenir ; le souvenir est quelque chose que nous avons joint à une image. La même image peut participer à plusieurs souvenirs.

M. Sollier. — Je ne comprends pas non plus la distinction que vous établissez entre les deux groupes des éléments de l'image. Il n'y a entre ces différents éléments qu'une différence de netteté.

M. Philippe. — Il y a aussi une différence d'origine.

M. Vallon. — Les représentations mentales sont d'intensité variable suivant les sujets, et la mémoire visuelle par exemple varie d'une façon considérable. Chez les visuels, les éléments extrinsèques logiques doivent jouer un rôle beaucoup moins important que chez les non visuels.

M. Philippe. — J'ai étudié six sujets, tous visuels et qui ont donné des observations absolument superposables ; chez ces visuels, les éléments logiques tenaient une très grande place. D'ailleurs le type mental est sujet a des fluctuations avec l'âge et les directions mentales : et l'on a pu constater que des sujets visuels étaient devenus auditivo-moteurs par exemple. etc.

***

M. Sérieux. — Chez un paralytique général, âgé de 41 ans, au cours d'un délire très actif à base d'hallucinations de l'ouïe qui dura plus de 18 mois, on vit survenir à diverses reprises des ictus

Digitized by Google

épileptiformes et consécutivement à ces ictus des manifestations qui formaient la contre-partie des troubles sensoriels auditifs habituels : aux phénomènes d'*excitation* (hallucinations de l'ouïe) succédaient brusquement des *symptômes de déficit* (surdité verbale). Les deux premiers accès furent caractérisés par une surdité corticale complète, suivie ensuite de surdité verbale pure. Ce dernier trouble ne dura que deux jours, puis l'audition verbale revint progressivement. Dans les deux derniers accès, les troubles de la sphère du langage réalisèrent le tableau de l'aphasie sensorielle ; la surdité verbale restait le symptôme prédominant, mais elle s'accompagnait de paraphasie intense, de jargonaphasie, de cécité verbale. Ces accès comme les précédents, ne durèrent pas plus d'une huitaine de jours ; la cécité verbale et les troubles paraphasiques régressèrent rapidement, et en dernier lieu la surdité verbales disparut.

A l'autopsie, l'hémisphère gauche outre quelques exulcérations discrètes et peu profondes des régions frontale et temporale, présente une plaque de méningo-encéphalite, d'intensité exceptionnele, véritable lésion en foyers, intéressant le centre de l'audition (tiers postérieur de la première temporale et circonvolution supramarginale). A ce niveau, la lésion gagne en profondeur jusqu'à la substance blanche : l'enlèvement de la pie-mère détermine la séparation complète de l'écorce et de la substance blanche (altération de Baillarger). Lésions à peu près symétriques, mais plus superficielles, dans le lobe temporal droit. L'examen histologique confirme le diagnostic de paralysie générale.

Cette topographie de la lésion confirme ce que l'on sait sur la localisation du centre de l'audition. Les variations du processus de la méningo-encéphalite expliquent l'alternance constatée entre les *symptômes d'excitation* (hallucination de l'ouïe) qui étaient presque permanents et très accentués, et les *phénomènes de déficit* (surdité verbale) qui survenaient par accès. Ces deux catégories de manifestations diamétralement opposées étaient évidemment liées à l'influence tantôt irritative tantôt inhibitrice de la lésion en foyer du centre de l'audition.

S'appuyant sur ce cas et sur des faits analogues, les auteurs proposent de distinguer une *forme sensorielle* de la paralysie générale, caractérisée au point de vue clinique par la prédominance des troubles sensoriels et des troubles de la sphère de langage, et au point de vue anatomique, par l'existence au niveau de la région postérieure de foyers plus ou moins circonscrits de méningo-encéphalite pouvant atteindre parfois une intensité exceptionnelle.

M. Ballet. — Je sarais heureux que M. Philippe nous donne quelques exemples concrets de ce qu'il appelle les éléments logiques de l'image mentale.

M. Philippe. — Dans mes observations, je demandais aux sujets de me décrire telle page d'un livre. L'un d'eux, par exemple a choisi la description de la 1re page du Dictionnaire de Physiologie ; Il n'arrivait pas à se représenter la partie supérieure de la page

Digitized by Google

et il me dit : je sais qu'il doit y avoir écrit dictionnaire de physiologie, que les caractères d'imprimerie doivent être de telle ou telle forme, mais je ne les visualise pas... Je peux vous dire que tel article n'est pas signé Richer, parce que l'article est court et que Richer ne signe pas des articles courts, je le sais, mais je ne le vois pas, et il ajoute : « Ceci n'est pas de la mémoire, c'est de la réflexion. »

M. Ballet. — Jusqu'à plus ample informé, je ne puis être de votre avis. Tout phénomène de souvenir est constitué par une série de représentations mentales, parmi lesquelles l'une prédomine. Quand l'observateur dit qu'il sait mais qu'il ne voit pas, il transporte néanmoins une image visuelle sur une page blanche. Dans un phénomène de représentation mentale visuelle, il y a une ou deux images particulièrement distinctes autour de laquelle viennent se grouper certains autres éléments de représentation sensorielle, auditive, tactile ou autre. Le souvenir est une collection d'images plus ou moins vives.

M. Bernard. — Je considère les éléments logiques comme des images floues que le raisonnement rend plus nettes.

M. Sollier. — Je n'admets pas la part de l'élément logique. L'évocation d'une image visuelle comprend deux évocations : dans l'exemple de l'évocation d'une page de dictionnaire, elle se décompose en l'évocation de toutes les pages de dictionnaire que l'on a vues et de celle de la page en particulier ; le même mode d'évocation sera employé. Un sujet incapable de donner une description complète d'un monument, reconnaitra très bien si on lui en présente une reproduction inexacte.

M. Philippe. — C'est qu'il en a le souvenir plutôt que l'image : les deux ne sont pas toujours identiques.

***

Rapport. — M. Dupain donne lecture de l'analyse d'une brochure de M. le Dr Miguel Bombarda, professeur de l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne et directeur-médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rilhafollès, intitulée : « *Le cas de Josepha Greno par les experts du procès.* » Il s'agit d'une dame Josepha qui tua son mari à coups de revolver. Dès l'instruction, le Tribunal commit trois experts : les Docteurs Silva Amedo, Manoel Diogo Valladarès et Miguel Bombarda, rapporteur, à l'effet de procéder à l'examen mental de l'inculpée. Ils conclurent à l'aliénation mentale. Cette affaire eut un grand retentissement à Lisbonne. L'opinion publique réclamait une condamnation, ne voulant pas admettre la folie de Josepha. Les experts eurent l'idée d'envoyer une copie de leur rapport aux principaux aliénistes de l'Europe en demandant leur opinion. La brochure renferme le rapport des experts, les réponses de nos collègues et des notes complémentaires sur l'observation et l'autopsie de Josepha, car elle mourut d'une affection cardiaque à l'Asile de Rilhafollès, quelques mois après son admission.

Digitized by Google

Election de membres associés étrangers. — MM. le Docteur RUGGIERO TAMBRONI, médecin-directeur du Manicome provincial de Ferrare, est élu membre associé étranger sur le rapport de M. Semelaigue.

M. le Docteur SIMIDALOF est également élu sur le rapport de M. Roubinovitch.

A. VIGOUROUX.

NOTES & INFORMATIONS

Lignes transversales des ongles des doigts. M. PRÉVÈS donne dans *The journal of mental Pathology* (décembre 1901, janvier 1902), une statistique des lignes transversales des ongles des doigts, chez les hommes et les femmes normaux, criminels ou aliénés, et la proportion pour cent dans les diverses classes des maladies mentales. C'est ce dernier tableau que nous reproduisons :

		Moyenne pour cent
210	normaux	10,4
109	criminels	46
53	filles publiques	47,3
58	idiots, imbéciles, crétins	43.1
6	fous moraux	50
12	circulaires	75
94	maniaques	54,2
131	mélancoliques	41,2
11	paranciques	35,1
8	aliénées puerpérales	62,5
4	aliénées sensorielles	50
35	alcooliques	51,6
9	hystériques	22,2
84	épileptiques	50
36	paralytiques généraux	44,4
124	déments secondaires	52

Parasites dans le sang des épileptiques. — M. H. Bra a communiqué à l'Académie des sciences (6 janvier 1902), le résultat de ses recherches ayant pour objet de déceler la présence d'un parasite spécial sur le sang des épileptiques.

« Dans les longs intervalles interparoxystiques, l'examen est le plus souvent négatif, mais lorsqu'à l'approche des attaques, pendant ou immédiatement après les crises incomplètes, les absences, les vertiges, on examine une goutte de sang frais avec un grossissement d'au moins 500 diamètres, on aperçoit dans le plasma de petits points faiblement réfringents de 1 μ et au-dessous, isolés ou réunis en diplocoques, animés d'un mouvement très vif et virvoltant constamment sur eux-mêmes, puis à l'état d'unités ou en plus ou en moins grand nombre, des corps offrant l'aspect de vermicules, d'une longueur égale ou supérieure au diamètre des

Digitized by Google

hématies et composés de six à huit grains le plus souvent. Les uns sont formés de grains égaux, les autres présentent à leurs extrémités ou dans leur continuité des grains plus volumineux, polymorphes, ovoïdes, bacillaires, etc. La forme la plus typique paraît être la chaînette terminée à chaque extrémité par un grain plus volumineux (forme en boulets enchaînés). Ces corps sont animés d'ondulations serpentines, culbutent sur eux-mêmes, se présentent alternativement dans leur grand diamètre ou par leurs grains terminaux. Ils se pelotonnent si bien qu'il faut les suivre longtemps pour être fixé sur leur forme véritable. Ils adhèrent fréquemment aux globules rouges par une de leurs extrémités :

Examen avec coloration. — Les préparations du sang desséchées et fixées dans le mélange alcool et éther sont soumises à une coloration prolongée, soit dans le bleu de Kühne, soit dans la thionine phéniquée, soit dans l'éosine. Le parasite se colore assez faiblement, et rien ne vaut l'examen du sang frais.

Ensemencements et cultures — En prélevant le sang à l'approche des attaques convulsives, pendant les vertiges, les crises incomplètes chez les épileptiques qui ne présentent ni morsures de la langue, ni plaies des téguments, nous sommes arrivé, en collaboration avec H. Chaussé, à isoler 60 fois sur 100 le microorganisme observé dans le sang.

Au sortir de la veine, le sang est réparti largement dans des tubes de bouillon ordinaire, neutre ou alcalin. Les tubes sont portés à l'étuve à 34° et peuvent être examinés au bout de 48 heures.

Le microbe pousse bien entre 34° et 37°. Aérobie ; son développement se ralentit dans le vide. »

Examen du Nécrophile dit « Le Vampire du Muy ». — M. A. Epaulard a examiné ce criminel qui avait déterré et violé un grand nombre de cadavres de jeunes filles. Voici quelques-unes de ses observations (Archives d'Anthropologie criminelle 1902, n° 98) :

« J'ai fait ensuite l'examen détaillé des organes des sens.

1° Yeux. — Réflexe palpébral interne intact. Il y a quelquefois du battement des paupières.

Réflexe conjonctival normal.

Pupilles égales, réagissant très bien à la lumière et à l'accommodation.

Acuité visuelle normale. Ardisson prétend y voir presque aussi bien la nuit que le jour. Cette nyctalopie demanderait à être confirmée.

Le champ visuel est très rétréci, des deux yeux également. Grossièrement mesuré, il m'a donné 25 centimètres environ.

2° Oreilles. — Jamais d'écoulements, ni de maux d'oreilles. L'acuité auditive est très diminuée, la montre n'étant entendue qu'au contact de l'oreille et n'étant pas entendue au contact du crâne.

3° Appareil olfactif. — L'odorat est nul. Ardisson ne discerne même pas le poivre à l'odeur. On s'explique ainsi qu'il ait pu vivre à côté d'un cadavre en putréfaction sans répugnance.

Digitized by Google

4° Appareil gustatif. — Le goût est également aboli; il ne permet pas la distinction du salé et du sucré. Ardisson a mangé de la viande pourrie et les choses les plus abjectes, comme le sperme, grâce à cette agustie totale. Il fume sans éprouver du tabac la moindre impression.

5° Toucher. — Le tact est imparfait, tant à la pulpe des doigts qu'aux lèvres et à l'extrémité de la langue. Il faut piquer fortement pour provoquer de la douleur.

La sensibilité générale est amoindrie d'une façon égale des deux côtés. L'hypoesthésie est surtout marquée au tronc. Il faut un écartement anormal du compas de Weber pour que les pointes soient perçues.

Les organes génitaux sont d'apparence très normale, assez petits, bruns, velus. Le prépuce assez long, recouvre le gland sans le dépasser. Les testicules sont fermes, très sensibles à la pression, le gauche un peu plus bas que le droit. Il n'y a pas trace de maladie vénérienne.

Les érections ne sont point fréquentes. Il semble qu'en prison le détenu soit calme au point de vue génital. Le réflexe crémastérien existe plus net à gauche.

La force musculaire est au-dessous de la moyenne. On sait que si Ardisson n'emporta que le cadavre d'une enfant de trois ans, c'est qu'il trouva les autres trop lourds. Les mains surtout ont peu de force pour serrer. Les bras résistent mal quand on cherche à les étendre et à les élever. Les jambes sont bien peu robustes, Ardisson est droitier.

Par le pincement, on provoque sur le biceps une onde musculaire très nette.

Les réflexes musculaires et tendineux sont nuls aux muscles temporaux et masséters ainsi qu'à la face antérieure du bras. La percussion du triceps au-dessus de l'olécrâne determine une extension assez franche de l'avant-bras. La flexion brusque des doigts par percussion de l'avant-bras est peu accentuée. Le réflexe de Westphal est légèrement exagéré des deux côtés. Celui du tendon d'Achille n'existe pas.

Les réflexes peauciers au cou et à l'abdomen n'existent pas. Le réflexe crémastérien, ai-je dit, est marqué. Le chatouillement de la plante du pied provoque une sensation, mais très peu de mouvement. Au pied droit j'ai cependant, à plusieurs fois, vu cette manœuvre suivie de l'extension du gros orteil et d'un ou deux des orteils suivants.

Les réflexes muqueux ont montré une abolition complète de la sensibilité pharyngée.

Les réflexes circulatoires ne sont pas marqués. Ardisson est pâle et ne rougit point. Il n'y a ni dermographisme, ni troubles vasomoteurs. »

Personnel des asiles publics d'aliénés. — *Mouvement de Mars.* — M. le Dr LALANNE, médecin adjoint à Marseille, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr CHARON, directeur-médecin à l'asile de Moulins, promu à la 2e classe du cadre.

Digitized by Google

M. le Dr MARIE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine), promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr COSSA, médecin-adjoint à l'asile de Marseille, promu à la classe exceptionnelle du cadre à dater du 1er juin 1902.

Distinctions honorifiques. — *Officiers d'Académie.* — M. le Dr DERICQ, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).

M. le Dr LALANNE, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. le Dr LEROY, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Evreux.

Mlle Villette, surveillante en chef à l'asile de Villejuif (Seine).

Mouvement d'Avril. — M. GRUHIER, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes, nommé directeur de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) en remplacement de M. Bresson, non acceptant et admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr DESWARTE, médecin-adjoint à l'asile de Bailleuil, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. CAVALIER, économe de l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris, nommé directeur à l'asile d'aliénés de Rennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives d'Anthropologie Criminelle
(1902, Nlle s. I, n° 100, 15 avril.)

Perrier (Ch.). La vie en prison, 193-212. — **Saint-Paul (G.).** L'instinct sexuel. 213-225; Tableaux synoptiques des dépeçages criminels commis depuis 1888 jusqu'en 1902. 241-260.

Archives de Neurologie (1902, 2e s., XIIIe vol., n° 76, avril).

Arnaud (Dr F.-L.). Sur la théorie de l'obsession. 257-270. — **Casper** (Observation de). Biographie d'une idée fixe. 271-287. — **Bourneville** et **Boyer.** Contribution à l'étude de l'idiotie normale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme normale. 287-295.

Archives générales de Médecine
(1902, 79e ann., Nlle s., T. VII, avril).

Le Juge de Seyrais (Dr). De l'impuissance provoquée par l'abus du tabac. 385-394.

Bulletin de l'Académie de Médecine (1902, 3e s., XLVII).

Javal. Sur la suppléance de la vue par les autres sens. N° 13, 11 avril. 433-440. — M. et Mme **Curie.** Vision du radium par les aveugles. N° 15, 15 avril, 478-480.

Bulletin de l'Institut psychologique international
(1902, 2e ann., n° 1, janvier-février).

C.-R. de la Société de Psychologie du 17 janvier 1902: **José Frappa.** De l'expression du visage humain. 27-39. — **Sollier (Dr).** Des hallucinations autoscopiques. 39-55. — **Dubois de Saujon (Dr).** Des troubles de l'attention chez les tiqueurs, 55-59.

Digitized by Google

C.-R. de la Société de Psychologie du 7 février 1902 : **Sollier (Dr).** Modification au sphygmographe digital de Laulanié et au marteau de d'Arsonval. 60-62.

Chronique Médicale (1902, 9e ann.).

Richer (Paul). Les aveugles dans l'Art. N° 8, 15 avril. 245-254.

Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences (1902, CXXXIV, 14 avril).

Broca et **Sulzer.** La sensation lumineuse en fonction du temps. 831-834.

Comptes-Rendus hebd. de la Société de Biologie (1902, LIV).

Henri (V.) Lapicque (L.). L'expérience du compas de Weber et la localisation tactile; question de vocabulaire physiologique, n° 11, 28 mars, 343-345. — **Bonnier (Pierre).** Le sens des attitudes. N° 11, 28 mars, 362-365. — **Féré (Ch.).** Contribution à l'étude de l'action physiologique de l'aimant. N° 12, 18 avril, 328-331. — **Verger** et **Abadie (J.).** Etude graphique des réflexes plantaires. N° 12, 18 avril, 423-425. — **Verger (H.)** et **Soulé (E.).** Lésion des cellules nerveuses dans l'hyperthermie expérimentale. N° 12, 18 avril, 427-428. — **Lalou (S.)** et **Mayer (André).** Epilepsie expérimentale par augmentation de la concentration moléculaire du sang. N° 13, 25 avril, 452-454. Séance du 19 avril 1902.

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Pelon (Dr H.). Du traitement des neurasthéniques à Luchon. N° 41, 10 avril, 405-407. — **De Lapersonne.** De la névrite optique dans les maladies de l'encéphale. N° 43, 15 avril, 425-427. — **Poirault (F.).** La mort subite par inhibition. N° 44, 17 avril, 433-434. — **Lagriffe (Lucien).** Du rêve au délire. N° 46, 22 avril, 453-456. — **Lereboullet (Pierre).** La symptomatologie des cirrhoses biliaires. N° 50, 1er mai, 490-491.

Journal de Médecine de Paris (1902, 2e s., XIV).

Le secret professionnel et la déclaration d'enfants vivants, morts nés ou de fœtus. N° 16, 20 avril, 157-158.

Médecine Moderne (1902, 13e ann.).

Mercklen. L'angine de poitrine hystérique. N° 17, 23 avril, 137-138.

Presse Médicale (1902).

De Lavarenne (É.). Contre l'alcoolisme. N° 27, 2 avril, 313-314. — **Séglas (J.).** Epilepsie et amnésie rétrograde. N° 30, 12 avril, 351-352. — **Devaux (Albert)** et **Merklen (Prosper).** La neuronophagie. N° 31, 16 avril, 365-367. — **Rochard (E.).** De la ponction lombaire comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne. N° 35, 30 avril, 411.

Progrès Médical (1902, 3e s., XIV).

Bourneville. Condamnation d'un dégénéré épileptique. N° 17, 26 avril, 271.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie de Paris (1902, 12e ann., n° 1, janvier).

Manouvrier (L.). Notes sur quelques prodiges humains exhibés à Paris en 1901. 12-19. — **Papillault (G.).** Quelques considérations anatomiques de la sociabilité chez les primates et chez l'homme. N° 3, mars, 89-106. — **Schrader (F.).** Sur le souvenir inconscient et le rêve ancestral. N° 3, mars, 113-116. — **Camus (L.).** Recherches expérimentales sur le poison des Moïs (étude de son action cardiaque) N° 4, avril, 119-146.

Revue de Médecine (1902, 22e ann., n° 4, 10 avril).

Féré (Ch.). L'hérédité de l'odeur. 333-339.

Digitized by Google

Revue de Philosophie (1902, 2e ann., n° 3, 1er avril).

Vaschide (N.) et Mignard (M.). Les doctrines philosophiques de Durand de Gros, un précurseur de la psychologie française contemporaine. 357-378.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Souques (A.). Vitiligo et signe d'Argyl Robertson d'origine syphilitique. N° 6, 31 mars, 247-249. — **Joffroy (A.).** Les myopsychies. N° 7, 15 avril, 289-296.

Revue Philanthropique (1902, 5e année, t. x, 10 avril, n° 60).

Monod (Henri), Instruction professionnelle des infirmières, 641-651. — **Marandon de Montyel (Dr E.),** L'Open-Door, 659-695.

Revue Philosophique (1902, 27e ann. LIII, n° 5, Mai).

Paulhan (Fr.) La simulation dans le caractère, II. La fausse sensibilité, 457-488. — **Lalande (André).** Sur l'apparence objective de l'espace visuel, 489-500.

Revue Scientifique (1902, 4e s., XVII).

Richet (Charles). La Méthode expérimentale en physiologie. N° 14, 5 Avril, 417-425. — **Garnier (Paul).** La Criminalité juvénile. N° 15, 12 Avril, 449-455. — **Gérard-Varet (L.)** Le jeu chez l'homme et chez les animaux. N° 16, 19 Avril, 485-491. — **Spalikowski (Ed.)** La tristesse chez l'enfant. N° 17, 26 Avril, 525-526.

Semaine Médicale (1902, 22e ann.)

Bard (L.) Un cas d'alexie d'origine opératoire. N° 18, 30 Avril, 145-147.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1902, LIX, Bd 1 Heft. Avril).

Stier (Ewald). Ueber Geisteskrankheiten im Heere. 1-19. — **Luther.** Zur Casuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. (Aus der Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde). 20-56. — **Würth (Adolf).** Ueber die Bettbehandlung bei chronischen Psychosen. 57-65. — **Kaiser (O.)** Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie, III. Histerie mit katatonischen Stuporzuständen, 66-83. — **Schaefer.** Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica und einigen anderen Formen des Schwachsinns. 84-97. — **Brero.** Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten. 98-103. — **Kornfeld.** Ablehnung einer Entmündigung. Aus der Rechtsprechung der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. 104-114.

Archie für systematische Philosophie (1902, VIII, 1).

Petrini (Eduard). Ueber die Möglichkeit der sympathischen Gefühle. 71-103. — **Heyden-Zielewicz.** Der intellecktuelle Ordnungsinn und seine erkenntniss psychologische Bedeutung. 103-123.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, Jahrgang, N° 147, 15 Avril).

Paul Heiberg. Die Systematik der Intoxikationspsychosen. 225-230. — **Gaupp.** Zur Lage der Irrenfürsorge in Baden. 230-240.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Band XI. Heft 4 Avril).

Oppenheim (H.) Uber Lachschlag (Lach-Schwindel. — Lach-Ohnmacht). 241-247. — **Kaiser (O.)** Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. 248-259. — **Kæs (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 283-293. — **Storch (E.)** Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. 293-316.

Digitized by Google

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Schultze (Ernst). Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. N° 1, 5 Avril, 2-8. — **Bilharz (Alfons).** Psychische Aberration. Psychopathie. N° 2, 12 Avril, 13-19. — **Schultze (Ernst).** Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. N° 2, 12 Avril, 19-25. — **Bilharz (Alfons).** Psychische Aberration. Psychopathie. N° 3, 19 Avril, 29-36. — Mittheilungen. N° 3, 19 Avril, 36-38. — **Schaefer-Lengerich.** Wie gross sollen neue öffentliche Gehirnkrankenanstalten gebaut werden ? N° 4, 26 Avril, 41-43.

ANGLETERRE

Mind. (1902, N. S., XI, N° 42, avril).

Schiller (F.-C.-S.) Useless Knowledge. 196-215.

BELGIQUE

Journal de Neurologie. (1902, 7e année).

Soukhanoff (Serge). Contribution à l'étude de la maladie de Korsakoff. Un cas de polynévrite avec psychose polynévritique post-typhoïdique. N° 7, 5 avril, 121-127. — **Dejerine (J.)** Quelques réflexions à propos des localisations motrices spinales. Réponse à MM. Sano, Parhon et Goldstein. N° 7, 5 avril, 127-136. — **Crocq.** Syndrôme sensitivo-moteur avec hémiopie externe bilatérale. Tremblement hydrargyrique avec dissociation des réflexes tandineux et cutanés. — C. R. Société belge de Neurologie. Séance du 22 février 1902. N° 7, 5 avril, 136-138.

ÉTATS-UNIS

American Journal of Psychology. (1902, XIII, N° 1, janvier).

Studies from the Psychological Laboratory of the University of Michigan. Communicated by **W.-B. Pillsburg.** — **Stevens (H.-C.)** The Relation of the Fluctuations of Judgments in the Estimation of Time Intervals to Vaso-motor Waves. 1-27. — **Sears (Charles-H.)** A Contribution to the Psychology of Rhythm. 28-61. — **Woolston (H.-B.)** Religious Emotion. 62-79. — **Mac Dougall (Robert).** Rhythm, Time and Number. 88-97. — **Kinnaman (A.-J.)** Mental Life of two Macacus Rhesus Monkeys in Captivity. 98-148. — **Norman Triplett.** A Contribution to Individual Psychology. 149-160.

Journal of Mental Pathology. (1902, II, N° 2, mars).

Vaschide and Vurpas. Of the Mental Analysis. 57-68. — **Spitzka (E.-C.)** Political Assassins; Are They All Insane? 69-82. — **Robinovitch.** The Genesis of Epilepsy Clinically Considered. The Pathology, Prophylaxis and Treatment of Epilepsy. 83-87. — **Nicefero (Alfredo).** The Transformation of Crime and the Modern Civilization. 88-90.

Journal of Nervous and Mental Disease. (1902, XXIX, N° 4, avril).

Loveland (B.-C.) and **Marlow (F.-W.)** A Case of Intracranial Disease Involving the Chiasm, and Also Producing Profound Mental and Nervous Disturbances. 202-208.

Monist. (1902, XII, N° 1, avril).

Vaschide (N.) Experimental Investigations in Telepathic Hallucinations. 337-364.

ITALIE

Annali di Freniatria. (1902, XII, N° 1, mars).

Tirelli (V.) L'isotonia del sangue negli alienati : Contributo medico-legale alla diagnosi di simulazione di speciali stati psicopatici. 35-56. — **Grandis (V.)** Sopra l'azione fisiologica del campo magnetico (con varie figure). 1-34.

Digitized by Google

Rivista di patologia nervosa e mentale. (1902, Vol. VII, fasc. 3, mars).

Lugaro (E.) Sulla pàtologia delle cellule dei gangli sensitivi. 97-120.

Rivista Mensile di Psichiatria Forense Antropologia Criminale. (1902, 5e ann., Nos 3-4, mars).

De Blasio (A.) Gli zingari di Napoli, 85-101. — **Saporito (F.)** Sulla delinquenza militare. 102-119.

LIVRES REÇUS

Chirurgie des Centres nerveux des viscères et des membres, par JABOULAY, Agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1902, tomes I et II. 2 vol, in-8° 402 et 502 p. brochés. O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Essai de Sémiologie urinaire. — Méthodes d'interprétation de l'analyse urologique. L'urine dans les divers états morbides, par VIEILLARD CAMILLE, pharmacien-chimiste, lauréat du concours Brassac (Pharmacie centrale de France). Membre de la Société chimique de Paris, élève de l'Institut Pasteur (1898). Préface par ALBERT ROBIN, de l'Académie de Médecine. 1902. 1 vol. in-8° — X, 376, broché. Prix 6 fr. Société d'Edition scientifique, 4, rue Antoine Dubois.

Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer bedentung für die normale psychologie mit einschluss der psychologischen grundlagen der erkenntnistheorie, par GUSTAV STÖRRING, Privat Dozent der Philosophie an der universität Leipzig, 1900, 1 vol. in-8° 468 p., broché, 8 fig. in text, Leipzig, Wilhelm Engelmann.

De la Sitiophobie et de son Traitement, par PIERRE GIMBAL. Thèse de Paris, 1901, 104 p., Paris, L. Boyer, 15, rue Racine.

L'Assistance des épileptiques, l'hospice Dessaignes à Blois, par GEORGES VERNET. Thèse de Paris, 1902, C. Naud, 3, rue Racine.

Les jeux des animaux, par K. GROOS, professeur à l'Université de Bâle, traduit de l'allemand par A. DIRR et A. VAN GENEPP ; 1902, 1 vol. in-8° 375 p. broché de la *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine,* 7 fr. 50, Paris, Félix Alcan.

Sammel-Atlas für den Bau Von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behorden, Psychiater und Baubeamte. I et II G. KOLB. 1902, 2 broch. 36, 58 p. Preis Mk. 3. — Verlag Von Carl Marhold in Halle A. S.

Opere Complete del. Dr Serafino Biffi. Vol. Ier Fisiologia e Fisiopatologia Sperimentale. Vol. IIe Psichiatria (Clinica psichiatrica e antropologia patologica). Vol. IIIe Psichiatria (Tecnica manicomiale). Vol. IVe Riformatori pei giovani. Vol. Ve Psichiatria forense e Discipline carcerarei. 1902, 5 volumes in-8° 398 p. 453 p., 478 p., 384 p., 275 p. brochés, Ulrico Hœpli, Editore Libraio della real Casa, Milano.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (22-V-02

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Paul SÉRIEUX
Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine
(Maison de Santé de Ville-Evrard)

Nous nous proposons dans le présent travail de décrire une espèce psychiatrique jusqu'ici insuffisamment étudiée, fréquemment méconnue, bien que son importance, au point de vue du diagnostic et du pronostic, ne le cède guère qu'à celle de la paralysie générale. Nous voulons parler de la DÉMENCE PRÉCOCE. Est-il besoin de dire que, dans la description d'ensemble qu'il nous faut tracer en quelques traits rapides, nous n'aurons point le loisir de nous livrer à une discussion approfondie, d'apporter des arguments, de citer des faits cliniques, de répondre aux objections qui se présentent à l'esprit ? On nous excusera donc de ne donner ici que de brèves indications.

NOSOGRAPHIE. — L'histoire nosographique de la démence précoce ressemble trait pour trait à celle de la démence paralytique. Aussi croyons-nous utile de rappeler brièvement l'historique de la découverte de la paralysie générale, estimant qu'il en jaillira une lumière propre à bien faire comprendre la conception moderne de la démence précoce.

Les aliénistes français de la première moitié du siècle dernier ont montré, en de mémorables études basées sur l'évolution des psychoses, que chez diverses catégories d'aliénés atteints de maladies mentales considérées comme irréductibles entre elles, on voyait survenir, à une période plus ou moins tardive, une complication essentiellement caractérisée par un état de démence profonde et de paralysie généralisée. Cette complication se terminait, d'une façon fatale, par la mort. Des travaux ultérieurs prouvèrent que certains signes, presque pathognomoniques, existaient qui, dès le début, permettaient de prédire à coup sûr, en dépit du polymorphisme des troubles psychiques, leur terminaison par la démence, la paralysie et la mort. Ces aliénés atteints de maladies en apparence si distinctes (manie, lypémanie, mégalomanie, hypocondrie), ces aliénés ne présentaient en réalité que des symptômes divers d'une seule et même affection : la *démence paralytique*. La « paralysie générale des aliénés » ne pouvait donc plus être considérée comme une complication, analogue au scorbut, suivant la comparaison d'Esquirol. Elle constituait au contraire la période ultime d'une espèce noso-

Digitized by Google

graphique dont la réalité ne devait plus être contestée et que le clinicien pouvait diagnostiquer dès le début.

Tout ce qui précède peut être appliqué à la démence précoce. Nombre de sujets, longtemps considérés comme atteints de psychoses diverses (excitation maniaque, dépression mélancolique, stupeur, catatonie, délires polymorphes des dégénérés, affaiblissement psychique primitif ou secondaire, démence vésanique), ne présentent, en fait, que des manifestations variées d'une maladie distincte, la *démence précoce,* caractérisée par certains symptômes spéciaux et par son évolution. Par suite il est souvent possible, comme pour la paralysie générale, de faire le diagnostic de l'affection dès la première période.

Comment expliquer qu'on ait si longtemps méconnu l'existence de cette entité clinique? C'est que si la démence paralytique parcourt ses diverses phases en quelques années, la démence précoce au contraire évolue beaucoup plus lentement : sa durée est illimitée. En outre les signes physiques de cette affection sont moins caractéristiques que ceux de la méningo-encéphalite diffuse. Ajoutons que, jusqu'ici du moins, la démence précoce ne possède pas — comme la paralysie générale — le critérium de lésions anatomiques indiscutables.

Divers auteurs, et récemment encore Trömner [1], ont critiqué avec raison la tendance fâcheuse de la plupart des psychiâtres à considérer comme des *maladies,* constituant de véritables espèces cliniques, des états qui ne sont que des syndromes pouvant appartenir à des psychoses bien différentes ou aux diverses périodes d'une même affection. La lenteur extrême de l'évolution de certaines formes cliniques est une des raisons qui obligèrent longtemps la psychiatrie de se contenter de diagnostics symptomatiques : on décrivit alors d'innombrables folies sympathiques et de pseudo-entités morbides telles que la mégalomanie, le délire de persécution, la mélancolie etc. Sans insister sur les considérations nosographiques de ce genre, bien qu'elles nous apparaissent comme capitales pour qui veut s'orienter dans le vaste domaine des maladies mentales, rappelons que Magnan, il y a longtemps déjà (1882), a eu le rare mérite de réagir, en tenant compte surtout de l'*évolution* morbide, contre l'abus des classifications purement symptomatiques ou étiologiques. Kraepelin enfin, dans la sixième édition de son Traité (1899), a jeté les bases d'une classification *naturelle* des maladies mentales dont la haute portée n'échappera à personne [2].

[1] Trömner. *Das Jugendirresein* (*Dementia praecox*), Halle a S. Marhold. 1900, 28 p.

[2] E. Kraepelin. *Psychiatrie* 6me édition, 1899, Barth, Leipzig.

Digitized by Google

Cessons donc de voir dans la démence précoce, ainsi que le font encore la plupart des auteurs contemporains, une *complication* de vésanies diverses (démence secondaire, démence vésanique). L'histoire des doctrines psychiatriques nous a montré l'erreur des anciens aliénistes pour qui la paralysie générale n'était qu'une complication de la folie. Cherchons aussi à diagnostiquer la démence précoce dès le début des troubles psychiques ; nous pourrons ainsi pronostiquer l'avenir réservé au malade, ce que ne permettent point de faire les données nosographiques des auteurs qui n'acceptent pas cette espèce clinique. Les recherches personnelles auxquelles nous nous livrons depuis deux ans, à la lumière des travaux que nous allons citer, nous ont prouvé quelles précieuses indications peut fournir la conception de la démence précoce au diagnostic et au pronostic des maladies mentales.

HISTORIQUE. — Il n'entre pas dans le cadre de cette revue de faire l'histoire détaillée de la démence précoce. Nous devons nous contenter d'en marquer les phases principales. Pinel (1809) dans son chapitre de l'*idiotisme*, Spurzheim (1818), sous le nom d'*idiotisme accidentel*, font allusion à certains malades qui nous paraissent devoir rentrer dans la démence précoce. Esquirol (1814) étudie la *démence chronique :* cet état peut être consécutif à l'hypocondrie, à la lypémanie, à la manie, à l'onanisme, aux écarts de régime, à l'abus des plaisirs, au surmenage intellectuel, etc. Mais, avec les cas que caractérisent, d'après Esquirol, le négativisme, la stupeur, l'apathie, la stéréotypie, la verbigération, les attitudes spéciales, et qui pour nous appartiennent à la démence précoce, avec ces cas sont confondus les sujets atteints de paralysie générale, de démence organique et alcoolique. La démence précoce simple, non délirante, est décrite par Esquirol (1838) sous le nom d'*idiotie accidentelle ou acquise* : « Quelquefois les enfants naissent très sains, ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe, ils » sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une » imagination brillante, d'une intelligence développée ; l'esprit » est actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces » physiques, ces êtres s'usent, s'épuisent vite, leur intelligence » reste stationnaire, n'acquiert plus rien, et les espérances qu'ils » donnaient s'évanouissent ». Esquirol donne plus loin une excellente description de la période terminale de la démence précoce.

Morel (1857 et 1860) est certes l'auteur qui, en France, a le mieux étudié la démence précoce. Pour lui il s'agit d'un état dont la cause est la dégénérescence héréditaire : « Ces sujets, » dit-il, ne vivent intellectuellement que jusqu'à un certain âge

Digitized by Google

» au delà duquel ils s'arrêtent et tombent progressivement dans » un état que je ne puis comparer qu'à l'idiotisme ». Ces cas sont rangés par Morel dans les *Folies héréditaires à existence intellectuelle limitée*, avec « transition à l'idiotisme le plus irrémédiable sous l'influence de certaines causes intercurrentes » (puberté etc). Les observations rapportées par l'auteur ne laissent aucun doute au point de vue du diagnostic de démence précoce. A propos du rôle étiologique de l'onanisme, il rappelle une observation (jeune séminariste devenu « idiot dans la plus complète acception de ce mot ») qui lui suggère cette réflexion : Je » ne sais en vérité quel nom donner à l'état mental de certains » individus que j'ai pu observer et qui, après avoir passé par » tous les degrés de la mélancolie avec débilité progressive de » l'intelligence, sont tombés ultérieurement dans l'idiotisme le » plus irrémédiable ».

Au chapitre consacré aù pronostic, Morel indique comme présageant la transition à la démence les actes de plus en plus désordonnés, la dépravation dans les sentiments, les rires immodérés et sans motifs, l'oubli de toutes les convenances, les monologues et une foule d'autres actes bizarres : oppositions continuelles, gestes automatiques, balancement, coprophagie, collection d'ordures, etc.

La plupart des auteurs français qui ont suivi Morel n'ont guère ajouté aux notions qui précèdent. Aussi arriverons-nous rapidement aux travaux qui, dans ces dernières années, ont attiré de nouveau l'attention sur les psychoses de l'adolescence : nous citerons entre autres les études de Mairet, Charpentier, Marro, Wille, Ziehen, Jules Voisin. Il conviendrait d'insister plus longuement sur les mémorables recherches de Hecker (1871), de Kahlbaum (1863, 1874, 1890), de Kraepelin (1893-1899) sur l'hébéphrénie, la catatonie, la démence précoce. C'est en effet à ces auteurs qu'on doit d'avoir mis en évidence l'existence d'une espèce nosologique nouvelle dont le professeur de Heidelberg a donné, dans la sixième édition de son traité de Psychiatrie, une description magistrale. Nous avons exposé, dans des publications antérieures, les idées de Kraepelin sur ce point[1].

Parmi les autres travaux des auteurs français, il faut citer les importants mémoires de M. J. Christian[2] sur la démence précoce des jeunes gens, et de M. J. Séglas[3] sur la démence paranoïde.

[1] Paul Sérieux. *La nouvelle classification des maladies mentales du professeur Kraepelin* (Revue de psychiatrie, avril 1900).

La démence précoce (Gazette hebdomadaire de médecine, 10 mars 1901).

[2] Christian. *Démence précoce des jeunes gens*. Annales médico-psychologiques, 1899. Tome IX page 43.

[3] J. Séglas. *La démence paranoïde*. Annales médico-psychologiques, 1900. T. XII page 232.

Digitized by Google

DÉFINITION. — La démence précoce est une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence, et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade.

Le début de l'affection est habituellement signalé par des troubles névropathiques protéiformes, suivis d'accès délirants polymorphes, mais ayant néanmoins certains caractères très particuliers, et accompagnés de symptômes physiques.

Comme pour la paralysie générale, on peut distinguer dans la démence précoce des symptômes *essentiels,:* ceux qui relèvent de l'affaiblissement psychique spécial, et des symptômes *accessoires :* les troubles délirants. Ces derniers peuvent revêtir toutes les formes (excitation, dépression, confusion, conceptions délirantes variées, hallucinations, etc.). Pour M. J. Christian les manifestations constantes et caractéristiques sont : apparition constante à l'âge de la puberté ; — manifestations délirantes variables au début ; — impulsions soudaines ; — terminaison rapide par une démence plus ou moins complète.

FRÉQUENCE. — D'après Kraepelin, la démence précoce (en y comprenant la plupart des délires systématisés) fournit 14 à 15 pour cent du total des admissions. M. Christian donne la proportion d'environ 5 pour cent. Dans notre service de la Maison de Santé de Ville-Evrard, la proportion, par rapport au nombre des admissions, a été (en éliminant les délires systématisés) de 14 pour cent pour les femmes, et de 12 pour cent environ pour les hommes. D'autre part, le pourcentage fait sur le total des malades existant à une date donnée nous a fourni les proportions suivantes : Hommes : 33 pour cent ; Femmes : 40 pour cent[1].

SYMPTOMATOLOGIE. — Pour faciliter la description, nous considérerons quatre variétés de démence précoce :

1° la forme de *démence simple ;*
2° la forme *délirante ;*
3° la forme *catatonique ;*
4° la *démence paranoïde.*

1° DÉMENCE SIMPLE. — Cette forme simple, non délirante (hébéphrénie légère ou mitigée de Christian), n'est pas très

[1] Nos chiffres ne peuvent être comparés avec ceux qu'on obtiendrait dans un service d'aliénés du régime commun. Divers éléments interviennent pour augmenter, à la Maison de santé de Ville-Evrard, la proportion des déments précoces : 1° les cas d'alcoolisme sont exceptionnels, et cela pour les deux sexes ; 2° la paralysie générale est très rare chez les pensionnaires du sexe féminin ; 3° enfin les incurables n'étant pas transférés (comme dans les autres asiles de la Seine), les déments précoces tendent à s'accumuler.

Digitized by Google

fréquemment observée dans les asiles ; il importe cependant au médecin aliéniste aussi bien qu'au neurologiste, et même au praticien, de ne pas la méconnaître. La démence précoce simple est caractérisée par un amoindrissement progressif des facultés psychiques, sans que le début du mal soit marqué par une explosion délirante, comme il arrive dans les autres formes. La maladie débute en général de 16 à 18 ans (Trömner) : l'attention diminue, la compréhension est lente ; l'apathie est la note dominante. Dans un certain nombre de cas, le début est signalé par de la céphalalgie, des modifications de l'humeur, des craintes vagues, des scrupules, des préoccupations hypocondriaques (Trömner). Il est des sujets chez lesquels l'affaiblissement des facultés est peu accentué (formes *frustes)* : les acquisitions antérieures et les formes inférieures, quasi-automatiques, de la vie cérébrale persistent, mais le besoin d'exercer l'activité psychique disparaît, la personnalité est atteinte dans ses éléments les plus caractéristiques. Assez souvent les malades sont plus ou moins conscients de leur état. Parmi les réactions fréquemment observées, citons le vagabondage et la prostitution.

2° Forme délirante. (Hébéphrénie). — Cette forme a pour caractères distincts l'existence de troubles délirants, en général polymorphes, l'absence de symptômes nettement catatoniques et de conceptions délirantes tendant à la systématisation. La forme délirante est souvent précédée d'une période prodromique, prédélirante, dont la signification est presque toujours méconnue : ses symptômes rappellent ceux de la démence simple ou de diverses névroses. Les troubles délirants habituellement observés sont tantôt des états de dépression, tantôt des états analogues à l'excitation maniaque, tantôt enfin des délires hallucinatoires avec plus ou moins de confusion. Les manifestations d'apparence névropathique ne sont pas rares : états neurasthéniques, accidents hystériformes, vertiges, etc. Les idées de persécution et de grandeur, les préoccupations hypocondriaques, les idées mystiques, érotiques sont fréquentes ; mais il ne s'agit jamais de conceptions délirantes systématisées. Au contraire ce qui est caractéristique, c'est la mobilité, l'absurdité de ces états vésaniques, l'imprécision des conceptions ainsi que la variabilité de l'humeur. Ces troubles déterminent des réactions variées : fugues, impulsions soudaines, actes de violence, tentatives de suicide, vagabondage, etc. Kraepelin et Trömner insistent sur le désordre incohérent du langage parlé ou écrit qui fournit d'utiles indications pour le diagnostic. Ce trouble (« Salade de mots » de Forel) diffère de l'incohérence des maniaques, des épileptiques, des hystériques. Ses caractères sont : la permanence de la construction grammaticale, la richesse en mots insolites, prétentieux

Digitized by Google

ou étrangers, les néologismes, le manque de sens (Trömner). Ajoutons, avec l'auteur qui précède, que le désordre qu'on observe dans le langage de ces malades se retrouve dans leurs allures et leurs actes. Leur physionomie, leurs attitudes, leurs gestes, leurs façons de boire et de manger, leur marche, sont bizarres, maniérés, artificiels ; il semble que ces déments hébéphréniques s'écartent de la normale volontairement et comme à plaisir. Ils marchent par exemple en dansant, en rampant, accroupis, en se dandinant, en se pavanant, en sautillant, en traînant les pieds, etc., etc.

Un caractère sur lequel nous devons insister, en raison de son importance spéciale au point de vue médico-légal, c'est le degré parfois très peu accentué des troubles « délirants » proprement dits, coïncidant avec des attitudes excentriques, qui semblent volontairement maintenues : on pourrait dans ces cas penser à la simulation. Les faits de ce genre établissent une transition entre la forme simple et la forme délirante. Une observation très prolongée, de jour et de nuit, et telle que seul le personnel de surveillance peut la pratiquer, permet de constater des réactions anormales, des actes bizarres correspondant à des idées délirantes, à des troubles sensoriels dissimulés par le malade.

Dans la forme délirante il n'y a pas — ou peu — de désorientation. L'intelligence, la volonté sont plus rapidement et plus profondément lésées que la mémoire. L'obtusion, l'apathie, l'indifférence (au point de vue affectif) caractérisent l'humeur. Les rires non motivés, les impulsions subites (Christian), les tentatives d'évasion, les accès d'agitation sont fréquents.

Parmi les autres symptômes qui peuvent faire penser à la démence précoce, citons des signes qu'on trouvera beaucoup plus accentués dans la forme catatonique : ce sont certains troubles physiques sur lesquels nous reviendrons, et des tendances à la catalepsie, à la suggestibilité, au négativisme, à la verbigération, à l'écholalie, à la stéréotypie. Après un laps de temps variable, les délires s'effacent plus ou moins ; l'affaiblissement psychique s'installe avec les caractères de la *démence apathique*, ou (moins souvent) de la *démence agitée*. Les malades le moins gravement touchés peuvent être utilisés à des travaux faciles ; ils deviennent même parfois d'excellents travailleurs. Les modes de terminaison de la forme hébéphrénique sont, d'après Kraepelin, les suivants : démence profonde dans 75 °/₀ des cas ; — faiblesse psychique peu accusée : 17 °/₀. Dans 8 cas °/₀, on a pu considérer les malades comme guéris.

3°. Forme catatonique. — Cette forme, bien décrite par Kahlbaum, est caractérisée par des *états particuliers de stupeur ou d'excitation aboutissant, le plus souvent, à la*

Digitized by Google

démence, et accompagnés de négativisme, de stéréotypie et de suggestibilité dans les mouvements d'expression et dans les actes (Kraepelin). Dans la variété catatonique la conscience est plus troublée, le malade est plus désorienté. Le début, en général subaigu, est caractérisé par un état de dépression psychique qu'accompagnent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes multiples ; le patient conserve le souvenir du passé, la faculté d'attention.

La stupeur catatonique, bien différente de la paralysie psycho-motrice de la folie intermittente, est dominée par les manifestations du *négativisme* et de la *suggestibilité*. Les négativistes opposent à toutes les interventions étrangères une résistance élastique : essaye-t-on de déplacer les membres, d'ouvrir les yeux, la bouche, on se heurte à une contraction musculaire antagoniste. Si l'on en triomphe, les membres reprennent leur position première. Parfois, quand on lui donne un ordre, le malade fait un signe de négation. Refus de s'alimenter, de se lever, de se vêtir, de s'asseoir, résistance pour changer de place, rétention volontaire des urines, des matières fécales et de la salive, insensibilité à toutes les influences extérieures, tels sont les signes habituels du négativisme.

La suggestibilité se caractérise par les *attitudes catatoniques* dues à la flexibilité cireuse des muscles ; ceux-ci conservent les positions les plus anormales qu'on leur impose (catalepsie). L'écholalie, (reproduction des mots), l'échopraxie (reproduction des gestes) tiennent également à la suggestibilité. Négativisme et suggestibilité se succèdent sans ordre. Parfois, chez le même sujet, on les observe simultanément : une de nos malades présentait au même moment de la flexibilité cireuse des membres supérieurs et une résistance invincible des muscles fléchisseurs de la tête ; une autre fois elle présenta de l'hémicatatonie d'un côté du corps et de l'héminégativisme de l'autre. On voit certains malades conserver une attitude prise volontairement (autocatatonie), ou une expression mimique (rire, bouche en museau). Il faut noter que la catalepsie peut se rencontrer dans l'imbécillité et dans des cas de stupeur non catatonique. L'écholalie et l'échopraxie sont plus caractéristiques : la stupeur qui s'accompagne d'échopraxie est presque à coup sûr, pour Trömner, de nature catatonique. Souvent surviennent, au cours d'un accès de stupeur, des impulsions subites ou des éclats de rire. Les malades conservent des attitudes stéréotypées (station debout permanente, station sur une seule jambe), ou adoptent une allure spéciale dans les rares actes qu'ils consentent à exécuter (marche), etc.

L'*excitation catatonique* se distingue des états maniaques

Digitized by Google

ordinaires par la tendance à la stéréotypie dans le langage et les actes. La stéréotypie (Kraepelin) est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition fréquente d'un même mouvement. Kraepelin distingue le besoin d'*agir* des maniaques, du besoin de *mouvements* sans but des catatoniques. Ces derniers adoptent souvent une marche spéciale (marche en cercle, en carré, marche accroupie, à quatre pattes, reptation, etc.), exécutent un certain nombre de fois un même mouvement, battent des mains, sautent, font des grimaces, dansent, gesticulent, présentent des tics variés. Assez souvent, on observe des attitudes théâtrales. La stéréotypie est très fréquente dans les paroles (*verbigération*) et dans les écrits : les catatoniques répètent les mêmes phrases, les mêmes mots, ou les déforment plus ou moins. La conscience est troublée, à des degrés divers, d'une façon permanente ; cependant une certaine notion de l'état maladif existe assez souvent.

La terminaison de la forme catatonique est, d'après Kraepelin, la démence dans 59 cas °/₀. Dans 27 °/₀ des cas, la faiblesse psychique n'empêche pas la sortie du malade. La guérison, ou mieux, une rémission survient dans 13 cas °/₀.

4°. La Démence paranoïde. — Dans les formes délirante et catatonique, les conceptions délirantes s'effacent en général assez rapidement. Au contraire, dans la démence paranoïde, le tableau clinique est le suivant (Kraepelin) : affaiblissement intellectuel à développement rapide, avec conservation complète de la lucidité, accompagné de conceptions délirantes et, habituellement aussi, de troubles sensoriels qui constituent les symptômes prédominants pendant quelques années.

Kraepelin distingue, on le sait, deux formes paranoïdes spéciales : la démence paranoïde *(Dementia paranoïdes)* et les délires systématisés *(Phantastische Verrücktheit)*. Cette dernière catégorie est considérée par la plupart des auteurs comme une espèce clinique bien caractérisée, devant être séparée complètement de la démence précoce. Le professeur de Heidelberg lui-même, jusque dans ces dernières années, a classé les cas de ce genre dans la « Folie systématisée » ou *Paranoïa ;* mais il a fini par acquérir la conviction que les délires systématisés (y compris le délire chronique à évolution systématique de Magnan), avaient plus d'affinité avec la démence précoce qu'avec la Paranoïa ; celle-ci n'est donc plus représentée que par la folie systématisée non hallucinatoire (*Verrucktheit*), forme à laquelle nous avons proposé de donner le nom de *Psychose à base d'interprétations délirantes*[1]. Sans méconnaître l'intérêt

[1] P. Sérieux et J. Capgras. *Les psychoses à base d'interprétation délirantes.* Annal. méd. psychologiques, mai-juin 1902.

Digitized by Google

de cette tentative de synthèse, nous estimons, avec M. Séglas, qu'il est préférable de ne pas élargir outre mesure le cadre de la démence précoce. Bien qu'en général les délires systématisés hallucinatoires aboutissent, plus ou moins tardivement, à l'affaiblissement intellectuel, nous les éliminerons donc de cette étude, en raison de leur physionomie clinique spéciale et de la lenteur de leur évolution.

Par contre, la démence paranoïde proprement dite fait indiscutablement partie de la démence précoce : il s'agit d'idées de grandeur ou de persécution, d'idées hypocondriaques, point ou peu systématisées, plus ou moins mobiles, parfois assez tenaces, avec excitation légère et, habituellement, des troubles sensoriels auditifs. « Ces idées délirantes, dit M. J. Séglas, par leur multiplicité, » leur mobilité, leur niaiserie, leur extravagance, *égalent; si* » *même elles ne dépassent, celles du paralytique général.* Ce » n'est que très exceptionnellement, et seulement au début qu'elles » s'associent à une réaction émotionnelle adéquate. D'ordinaire le » malade est indifférent ou même invariablement satisfait ou » béat ». On observe également quelques troubles de la conscience, des pseudo-souvenirs, une exagération de la personnalité et certains des signes, plus ou moins accentués, des formes catatoniques (verbigération, jargonaphasie, stéréotypie). L'affaiblissement intellectuel est assez rapide : la démence survient en quelques mois ou deux ans.

Symptomes physiques. — On observe dans les diverses variétés de la démence précoce des symptômes physiques ; leur fréquence varie d'ailleurs pour chacune d'elles. Ces troubles, bien étudiés par Kraepelin, sont les suivants : exagération, parfois très accentuée, des réflexes tendineux ; augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles ; dilatation pupillaire, surtout dans les périodes d'excitation, inégalité pupillaire inconstante, troubles vaso-moteurs, cyanose, œdèmes, dermographisme, hyperhidrose, sialorrhée, modifications du rythme du cœur, diminution de la température, troubles de la menstruation, augmentation de volume du corps thyroïde, exophthalmie, tremblement, anémie, troubles du sommeil, augmentation du poids du corps. Enfin Kraepelin a noté, chez 18 % des malades, des vertiges, des accidents convulsifs (déjà signalés par Kahlbaum), des attaques hystériformes, des troubles aphasiques passagers, de la tétanie, des ictus apoplectiformes avec paralysie consécutive (parfois au début), des crampes ; ces accidents divers seraient deux fois plus fréquents dans le sexe féminin.

Le Dr Mignot a étudié, dans notre service, les troubles pupillaires chez 63 déments précoces. Voici les résultats qu'il a obte-

Digitized by Google

nus : Inégalité pupillaire, 32 °/₀ ; trouble du réflexe à la lumière, 62 °/₀ ; (abolition de ce réflexe, 7 °/₀) ; troubles du réflexe à l'accommodation, 12 °/₀ ; déformation des pupilles, 52 °/₀ ; dilatation pupillaire, 30 cas °/₀. Il résulte de ces chiffres que, chez les déments précoces, les réflexes pupillaires sont moins souvent altérés que dans la paralysie générale ; les déformations sont aussi fréquentes ; la mydriase l'est davantage. Ces divers troubles sont d'ailleurs inconstants, très variables [1].

Les réflexes cutanés des orteils et du *fascia lata*, d'après les Drs M. Dide et L. Chenais, ne seraient jamais normaux dans la forme catatonique : ils sont abolis ou faibles ; les réflexes crémastérien, épigastrique, abdominal resteraient normaux.

M. J. Séglas a constaté un degré plus ou moins accentué de dermographisme dans 53 cas pour °/₀. Les proportions varient suivant les formes : hébéphrénie, 60 °/₀ ; catatonie, 100 °/₀ ; démence paranoïde, 30 °/₀.

Les recherches que nous avons entreprises avec notre interne, le Dr Masselon, sur les symptômes physiques de la démence précoce, chez 50 malades, nous ont donnés les résultats suivants :

Troubles pupillaires :	
Inégalité pupillaire	37 cas 0/0
Trouble du réflexe à la lumière	77 — 0/0
Trouble du réflexe à l'accommodation	78 — 0/0
Déformation pupillaire	41 — 0/0
Dilatation pupillaire	53 — 0/0
Réflexes tendineux :	
Exagération du réflexe patellaire	73 cas 0/0
Exagération du réflexe du poignet	70 — 0/0
Réflexes cutanés :	
Abolition du réflexe abdominal	28 cas 0/0
Abolition du réflexe crémastérien	47 — 0/0
Diminution ou abolition du réflexe plantaire	50 — 0/0

En résumé, les *réflexes tendineux* sont habituellement exagérés ; les *troubles pupillaires* (mydriase, déformations, troubles des réflexes) sont fréquents, mais très variables chez le même sujet ; les *réflexes cutanés* sont faibles ou abolis dans le 1/3 ou la moitié des cas. Assez fréquents sont les troubles de la *sensibilité* : celle-ci est émoussée dans plus de la moitié des cas. Le tremblement de la langue n'est pas rare. Chez certains sujets nous avons observé des symptômes paraissant d'origine thyroïdienne (état myxœdemateux de la peau,

[1] Mignot. *Les troubles pupillaires dans quelques maladies mentales*, thèse, Paris, 1900.

Digitized by Google

augmentation de volume du corps thyroïde, syndrome basedowien). Les troubles trophiques nous paraissent rares ainsi que le dermo-stéréographisme et les ictus cérébraux ; les hématomes se rencontrent parfois [1].

Il y aurait un grand intérêt à étudier la fréquence des troubles physiques suivant la période de la maladie ; nous pensons, d'après nos recherches, que ces symptômes (sauf cependant l'exagération des réflexes tendineux) appartiennent surtout à la période active d'intoxication diffuse du système nerveux. Ultérieurement, quand le poison a été éliminé, laissant des lésions destructives, dues à son action spécifique sur les éléments plus vulnérables de certains centres corticaux, les troubles physiques deviennent de moins en moins fréquents.

Nous n'avons point parlé des *symptômes musculaires* qui caractérisent la variété catatonique, sous forme de raideur ou, au contraire, de flexibilité cireuse des muscles ; ces manifestations nous paraissent en effet devoir être classées parmi les symptômes relevant de la torpeur cérébrale ou des troubles des réactions volontaires, fréquents dans la démence précoce.

MM. Dide et Chenais ont fait des recherches *urologiques* et *hématologiques* dans la catatonie ; ils ont trouvé une diminution dans la quantité d'urine émise en 24 heures, une diminution de l'urée, une augmentation des chlorures. Les globules blancs du sang sont en proportion normale ou augmentés de nombre ; cette augmentation porte tantôt sur les polynucléaires, tantôt sur les mononucléaires. Le plus souvent les éosinophiles sont plus nombreux que de coutume. Les œdèmes, avec cyanose et refroidissement des extrémités, sont presque constants.

TERMINAISON. — Les diverses formes de la démence précoce aboutissent après un laps de temps variable (plusieurs mois ou plusieurs années), à un état d'affaiblissement psychique qui possède des caractères spéciaux. Les conceptions délirantes s'atténuent progressivement, puis leurs derniers vestiges finissent par s'effacer. Parfois elles laissent un reliquat très fruste qui se manifeste sous une forme stéréotypée. Certains malades conservent quelques idées hypocondriaques, des idées de persécution ou de grandeur assez imprécises, souvent très puériles ; plusieurs paraissent encore hallucinés.

L'affaiblissement psychique spécial de la période terminale de la démence précoce reste parfois peu accentué (formes frustes). A première vue l'aspect du sujet paraît normal ; il accom-

[1] P. Sérieux et Masselon. *Les troubles physiques chez les démentes précoces*. Soc. médic. psycholog. Juin 1902.

Digitized by Google

plit avec une régularité automatique la tâche qui lui est confiée; il conserve les allures extérieures d'un homme bien élevé ; il est capable de se livrer à des jeux de société exigeant une certaine attention ; mais un examen prolongé montre une faiblesse du jugement, une déchéance de l'activité mentale qui ne s'exerce que dans un cercle très restreint, un état de puérilisme, une diminution très notable des sentiments affectifs, l'absence de curiosité et de souci de l'avenir, une satisfaction de la situation présente, sans rien qui ressemble cependant à l'euphorie du paralytique général. Il est des malades qui ont plus ou moins conscience de leur état : » Je sens que je suis toquée, dit une de nos pensionnaires, je n'ai plus de cerveau ; mes idées m'échappent ».

Dans les cas plus graves, l'affaiblissement psychique se présente sous deux formes signalées depuis longtemps : *démence apathique* et *démence agitée*. Dans cette dernière variété dominent les manifestations de la stéréotypie et du négativisme, déjà bien décrites par Esquirol. Les malades contractent des habitudes bizarres, marmottent sans cesse à voix basse, ou déclament à tue-tête la même phrase dénuée de sens, ou posent plusieurs fois de suite la même question stéréotypée ; les uns marchent sans répit et d'une façon caractéristique pour chacun d'eux (marche à quatre pattes, en cercle etc.) , d'autres se balancent, tiraillent leur barbe, leurs cheveux, leur nez, grimacent, présentent des tics. Ce qui domine ce sont les signes d'une agitation automatique, dénuée de but. L'onanisme, l'insomnie sont fréquents.

Dans la démence apathique on constate également des tendances très nettes à la stéréotypie, mais ce qui est caractéristique, c'est l'indifférence émotionnelle du malade, son extraordinaire *apathie*, la ruine de tous les sentiments affectifs, altruistes, éthiques, avec un état de torpeur, plus ou moins profonde, de toute activité psychique (perte de l'attention, du jugement, etc.) Ces déments précoces recherchent la solitude, gardent le mutisme et l'immobilité. Alors même qu'ils ne sont ni délirants, ni désorientés, ni amnésiques, ils ne s'intéressent à rien de ce qui les entoure, ni à leurs compagnons d'infortune, ni à leurs parents dont ils apprennent la mort avec une indifférence complète : le monde extérieur a pour eux cessé d'exister. Bien plus, leur propre sort ne les préoccupe pas : ils ne demandent jamais leur sortie ; ils ne connaissent point l'ennui, ayant perdu tout besoin d'activité psychique et même physique ; ils ne cherchent pas à améliorer leur condition actuelle, ils ne font pas de projets ; passé, présent, avenir, rien ne les intéresse, rien ne les émeut. Leur propose-t-on leur sortie, ils l'acceptent

Digitized by Google

passivement : leur déclare-t-on ensuite qu'ils devront rester dans l'établissement ils acceptent encore, sans protestation. Ils pleurent très rarement. Chez les déments précoces on n'observe en général ni l'euphorie, ni la sensiblerie des paralytiques généraux, des déments organiques ou séniles ; on ne constate pas davantage rien qui ressemble à l'émotivité morbide des dégénérés.

Chez quelques-uns subsistent des rudiments d'activité psychique qui portent le cachet de l'automatisme, de la stéréotypie, du puérilisme. Les malades jouent à la poupée ou s'amusent à des jeux enfantins ; ils collectionnent ou dérobent toute sorte d'objets, passent leur temps à griffonner, à écrire ou à dessiner ; mais ce sont les mêmes écrits qu'ils copient sans cesse, ce sont les mêmes dessins stéréotypés qu'ils reproduisent. Quelques sujets font des remarques sur les interlocuteurs, posent des questions qui pourraient faire croire à une certaine activité intellectuelle ; mais questions et remarques, stéréotypées d'une façon immuable, sont émises automatiquement.

Les appétits sont réduits à leurs tendances les plus grossières : les malades mangent avec voracité et de la façon la plus répugnante ; ils ignorent le dégoût, ils crachent dans leur assiette, mélangent tous les aliments, ruminent. Ils se livrent à l'onanisme, mais l'instinct sexuel proprement dit paraît éteint. Ils n'ont aucun soin de leur personne, aucun souci de propreté, de pudeur. Ils sont souvents gâteux ; quelques-uns affectionnent le séjour des water-closets.

Un grand nombre de sujets ont des attitudes stéréotypées : les uns refusent de s'asseoir, les autres de relever la tête qui reste fléchie sur la poitrine ; ceux-ci ont de la cyphose volontaire, ceux-là de l'ensellure lombaire. Les tics sont fréquents ainsi que les troubles de la mimique (accès de rire, moue).

Au point de vue *psychologique*, ce qui différencie la démence précoce c'est la faiblesse des images mentales. De là résultent le manque de ton émotionnel, l'absence de tendance à l'acte, l'impossibilité de fixer l'attention (trouble très caractéristique chez ces sujets), la difficulté d'associer des idées, d'évoquer des souvenirs ; tous ces processus dépendent en effet de l'intensité des images mentales. L'absence des sentiments de plaisir et de déplaisir, d'émotion, a pour conséquence directe la perte de l'activité psychique, l'aboulie, l'incuriosité. Sensations et représentations n'ont, chez le dément précoce, qu'un éclat atténué et fugitif, incapable d'éveiller la série des associations normales, et de déterminer les réactions dites volontaires qui résultent de la lutte des images entre elles. Il semble que les neurones des centres d'association, dont l'action est prépondérante

Digitized by Google

dans l'attention, le jugement, soient, sinon détruits, du moins dans un état de torpeur plus accentuée encore que celui des centres de projection.

Notre interne, le Dr Masselon, a cherché à préciser les caractères de cet affaiblissement intellectuel spécial, les lésions élémentaires dont les divers symptômes observés ne sont que les manifestations. Au point de vue psychologique, il s'agit, d'après M. Masselon, d'une atteinte primitive des facultés actives de l'esprit : apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle, telle est la triade symptomatique fondamentale. Très primitivement, on observe des troubles de l'attention qui relèvent de l'état d'engourdissement de l'activité cérébrale et de la désagrégation psychique qui en en est la conséquence. L'attention est chancelante ; les malades ne peuvent appliquer leur esprit d'une façon suivie ; l'épuisement survient rapidement. Des distractions se produisent, causées soit par des accidents extérieurs, soit par des phénomènes d'automatisme qui viennent briser la suite logique des associations. Les troubles de la réflexion et de la systématisation des idées se ramènent en dernière analyse à l'apathie intellectuelle. La pensée tend à se figer, les éléments de l'esprit, simples impressions ou représentations, n'évoquent plus les autres éléments qui, à l'état normal, s'associaient avec eux. Le vide de la conscience, l'incapacité de réflexion sont un terrain favorable pour l'apparition de la stéréotypie de la pensée et de la suggestibilité. Les mêmes formes intellectuelles tendent à se reproduire, ou bien le malade accepte passivement toutes les suggestions. Les divers objets extérieurs ne déterminent dans l'esprit qu'un simple réflexe verbal : le malade prononce leur nom, mais oublie immédiatement qu'il vient d'entrer en contact avec eux. Mêmes phénomènes dans le domaine des éléments moteurs et moteurs verbaux. La catatonie n'est que la persistance indéfinie d'une représentation motrice. La stéréotypie de la pensée s'accompagne de stéréotypie du langage et du mouvement, d'où des tics divers.

Le nombre des idées et des images est notablement diminué ; la pensée, même dans les états d'excitation, se meut dans un cercle restreint. Les troubles du souvenir ne sont jamais aussi profonds que ceux des paralytiques ou des déments séniles ; les souvenirs ne s'obscurcissent que progressivement, ceux qui subsistent prennent une forme stéréotypée. L'incapacité de systématisation des idées, l'effacement des images-souvenirs tiennent sous leur dépendance les troubles de la compréhension et de l'assimilation [1].

[1] Masselon. *Psychologie des déments précoces.* Thèse Paris, 1902.

Digitized by Google

Les *troubles du langage* sont fréquents dans la démence précoce. Nous avons déjà signalé la *verbigération* dans l'excitation catatonique, le *mutisme* dans la stupeur catatonique ; il faut encore citer la *stéréotypie* (questions identiquement les mêmes posées indifféremment à toutes les personnes ; exclamations stéréotypées répétées plusieurs fois), le *parler nègre*, le bégaiement volontaire, les réponses monosyllabiques, le *gazouillement* parfois inintelligible, les *néologismes*, enfin dans certains cas une véritable *jargonaphasie*. Une de nos jeunes malades gazouille comme un enfant qui s'essaye à parler ; une autre supprime les verbes, ou les emploie à l'infinitif : « Moi manger à sonde » ; une autre crée quelques néologismes facilement compréhensibles (*idiotiser*, *esclaver*, *ouverturer*, *présentance*, *multiplième*). Enfin voici des exemples de mots forgés chez un jeune malade, atteint de démence paranoïde avec idées de grandeur, dont nous avons pu suivre l'évolution : « *Les arrangeérreifrectaires solaires étant sous transvergsances près pesanteur... Les arregectances de tous les systèmes à l'extrémance de leur route et de leurs forces toutes espirancées...* »

« *A Monsieur Jean Ch... Chef de la musique municipale de Neuilly-Plaisance, Par Ordre orairturé et pour y faire donner suite... Arrigeant par compensation de M. R... 728 Gouvernanditrice,*

Mon cher ami, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien devoir par détermination post-résoludible comprenant la disdeglongadrion des titreurs... »

Les mots forgés qui suivent donneront une idée du jargon que le malade emploie dans ses écrits : *Ordenhériractaire. . coordublélation... ultenmerensionnairement... addremordirarnisation... coorderifractaire etc.* »

VARIÉTÉS. — Nous ne reviendrons pas sur les diverses formes de la démence précoce. Nous avons distingué quatre variétés principales : *démence simple, forme délirante, catatonie, démence paranoïde*. S'agit-il là de simples *variétés* ou d'*espèces* cliniques ? Il est difficile actuellement de se prononcer. D'ailleurs il existe des cas servant de transition entre ces quatre groupes.

La *fréquence* respective de ces différentes formes est variable. Nous manquons d'éléments pour ce qui a trait à la démence précoce simple ; les formes hébéphréniques et catatoniques représentent, d'après Kraepelin, 5 à 6 °/o du chiffre des admissions ; la fréquence des formes paranoïdes (y compris les délires systématisés) est de 9 à 10 °/o.

MARCHE. — On peut décrire dans la marche de la démence

Digitized by Google

précoce trois stades successifs : les périodes de *début*, d'*état* et de *terminaison*. Cette distinction, un peu schématique, est commode ; d'ailleurs dans la plupart des observations on peut reconnaître ces trois étapes de la maladie. La durée de chaque période varie de plusieurs mois à plusieurs années.

La *première période*, de début, est caractérisée par des troubles nerveux ou psychiques attribués en général à la neurasthénie, à l'hystérie, à la dégénérescence. La céphalée, les signes d'épuisement nerveux, l'onanisme, les préoccupations hypocondriaques sont fréquents. On pourrait désigner cette phase prodromique du nom de *période névropathique*.

Dans la *seconde période*, des troubles manifestement délirants font leur apparition, sous une forme plus ou moins aigüe. Cette phase d'état peut être appelée la *période délirante*. La couleur, la forme du délire, nous l'avons vu, n'ont aucune importance. Comme dans la paralysie générale, on voit apparaître au cours de la démence précoce des conceptions délirantes de toute nature : idées de grandeur, de persécution, hypocondriaques, états de dépression, d'excitation, de confusion, délires hallucinatoires, etc. Mais il existe des signes physiques et psychiques sur lesquels nous avons insisté, qui permettent souvent, malgré le polymorphisme des troubles délirants, de diagnostiquer la nature de la psychose sous-jacente.

La *troisième période*, période terminale ou de *démence*, est caractérisée par l'atténuation, ou la disparition, des symptômes délirants et par une déchéance psychique progressive. Sa durée est illimitée : 10 ans, 20 ans, 30 et 40 ans même.

Rémissions. — Au cours de la période délirante, et surtout dans l'excitation catatonique, on peut voir survenir des rémissions parfois très accentuées. Les troubles délirants disparaissent ; cependant l'état mental ne saurait être considéré comme normal. Ces rémissions se produisent en général après quelques mois, mais, dans certains cas, elles apparaissent alors que la maladie durait depuis 3 ans, 5 ans et davantage (Ilberg). Dans 20 % des cas, la rémission peut se prolonger et équivaloir à la guérison, malgré la persistance de certains signes particuliers. La rechute survient en général dans les cinq années qui suivent le début de la rémission ; parfois seulement 7 ans, 10 ans après, et même plus tardivement (Kraepelin).

Pronostic. — Le pronostic de la démence précoce est moins grave que celui de la paralysie générale, dont la guérison est tout à fait exceptionnelle, et qui aboutit presque fatalement à la mort. La démence précoce au contraire n'entraîne jamais la mort ; de plus, les cas d'amélioration, de

Digitized by Google

guérison, sont loin d'être aussi rares que dans la démence paralytique. Cependant le pronostic n'en reste pas moins beaucoup plus sérieux que celui des autres psychoses, puisque la guérison, nous l'avons vu pour chacune de ses formes, est relativement peu fréquente. De plus, on voit souvent des malades considérés comme guéris, être pris d'un nouvel accès qui se termine par la démence. Le pronostic des formes délirantes est plus grave que celui des formes catatoniques : démence accusée dans 75 cas sur cent pour les premières, dans 59 cas sur cent pour les secondes (Kraepelin). Dans le cours de la catatonie la mort peut survenir par épuisement, tuberculose, blessure. A part ces complications, d'ailleurs rares, l'existence des déments précoces n'est en rien compromise du fait de la maladie : tous les asiles possèdent un nombre considérable de ces incurables dont la santé physique ne laisse rien à désirer.

Diagnostic. — Le diagnostic de la démence précoce peut assez souvent être établi dès la première période : la chose a son importance en raison de la gravité du pronostic. Ce n'est pas seulement dans les cas nettement caractérisés de catatonie qu'il sera permis de pronostiquer l'avenir réservé au malade, mais encore dans les variétés délirante et paranoïde, et aussi dans la forme de démence simple. De même que, dans la paralysie générale, l'hésitation de la parole, les ictus, les troubles moteurs et pupillaires, l'affaiblissement psychique peuvent faire annoncer à coup sûr une affection des centres nerveux mortelle, de même dans la démence précoce, il est certains signes, qui, sans être, comme les précédents, presque pathognomoniques, sont néanmoins assez caractéristiques pour autoriser le médecin à soupçonner le début d'une maladie mentale des plus graves, et non pas une simple bouffée délirante passagère. Parmi ces signes, citons l'affaiblissement psychique avec intégrité relative de la mémoire, la disparition des sentiments affectifs, du ton émotionnel, l'apathie, le puérilisme, la faiblesse du jugement, les troubles accusés de la personnalité sans rapport avec l'activité des idées délirantes, les caractères particuliers de l'excitation et de la stupeur catatoniques, la flexibilité cireuse ou la raideur des muscles, la suggestibilité ou le négativisme, la confusion du langage parlé ou écrit (verbigération, écholalie, jargonaphasie) se montrant parfois en l'absence d'agitation. Ajoutons encore la stéréotypie des attitudes, des gestes, du langage, les tics, les accès de rire, les troubles de la mimique, les symptômes physiques (troubles pupillaires, modifications des réflexes tendineux et cutanés). On n'oubliera pas cependant que certains de ces signes peuvent se rencontrer dans des névroses (hystérie, épilepsie), dans des états toxiques (infections, intoxi-

Digitized by Google

cations), et enfin, parfois au cours des troubles psychiques dus aux lésions organiques du cerveau.

Démence précoce simple. Cette forme devra être distinguée de la neurasthénie, de la paralysie générale juvénile, de l'hystérie, de la folie morale, des états passionnels simples, des troubles psychiques dus aux tumeurs du cerveau, des affaiblissements psychiques post-infectieux, du myxœdème, des états dépressifs atténués de la folie intermittente, de la dégénérescence mentale. En pratique, on retiendra surtout ce fait que les troubles de la forme simple sont souvent mis sur le compte de l'hystérie et de la neurasthénie. Pour ce qui a trait à la dégénérescence, l'absence d'émotivité si caractéristique des déments précoces mérite d'être opposée à l'émotivité morbide, au « délire émotif » des dégénérés.

En l'absence de renseignements précis on hésitera parfois entre la démence précoce simple, la débilité mentale ou l'imbécillité. Pour sortir d'embarras, on s'appuiera (Trömner) sur les symptômes suivants, qui sont en faveur de la démence précoce : 1° perte de sentiments affectifs ; 2° ruine des facultés psychiques supérieures (besoin d'exercer l'activité mentale, d'échanger des idées) ; 3° persistance des acquisitions psychiques inférieures, de la mémoire, de la possibilité de s'occuper à des travaux mécaniques, de l'orientation dans le temps et dans l'espace.

Les considérations qui précèdent sont applicables au diagnostic de la *phase prodromique* des autres variétés de la démence précoce : formes délirante, catatonique, paranoïde. Souvent, comme chez les paralytiques, il est malaisé de mettre en évidence des idées délirantes ; ce sont les réactions, les actes du malade qui apparaissent anormaux : une observation de tous les instants est alors nécessaire pour être édifié sur l'intensité des troubles psychiques, beaucoup plus accentués en réalité qu'en apparence.

Forme délirante. — Les formes délirantes et sub-délirantes ne devront pas être confondues avec les états d'excitation maniaque et de dépression de la folie intermittente ou de la dégénérescence. Des erreurs pourraient encore être faites avec les psychoses épileptiques, hystériques, urémiques (Régis), avec la confusion hallucinatoire aiguë, avec la paralysie générale à forme expansive ou dépressive[1]. D'après nos observations, les variétés délirantes de la démence précoce assez souvent méconnues, sont classées dans la folie des dégénérés ou dans la

[1] F. Raymond et P. Sérieux. *La paralysie générale.* Avril 1902. Traité de médecine et de thérapeutique. T. IX. J. B. Baillière.

Digitized by Google

folie intermittente : l'erreur de diagnostic est favorisée par ce fait que l'âge de prédilection du début de ces différentes psychoses est à peu près identique.

Le diagnostic avec les états maniaques ou mélancoliques survenus chez les débiles peut présenter des difficultés. Il en est de même du diagnostic avec la neurasthénie des dégénérés.

Forme catatonique. — La stupeur catatonique devra être distinguée de la stupeur non catatonique et des divers états cataleptiques : la stupeur disparaissant rapidement et remplacée par une humeur gaie, des éclats de rire, des impulsions, est assez caractéristique de la démence précoce. Les autres formes catatoniques devront être différenciées d'avec l'agitation maniaque de la folie intermittente, la confusion mentale, la paralysie générale, les états toxiques et infectieux (fièvre typhoïde), etc.

Démence paranoïde. — Cette forme peut être, au début, confondue avec les délires systématisés, le délire chronique à évolution systématique de Magnan, la psychose à base d'interprétations délirantes. Pour cette dernière espèce, l'apparition fréquente du délire dès la jeunesse peut être une cause d'incertitude : les troubles du langage, les symptômes ordinaires de la démence précoce, l'affaiblissement intellectuel rapide ne tardent pas à trancher la question.

A la troisième période, phase de *démence* terminale, le diagnostic est parfois malaisé, soit avec l'imbécillité en l'absence de renseignements, soit avec la démence présénile, la démence épileptique, la paralysie générale. Dans ces cas, les attitudes catatoniques, la stéréotypie, la perte du besoin d'activité et de l'émotivité, l'absence des stigmates physiques de la dégénérescence ou des symptômes physiques des démences organiques trancheront les difficultés. Rappelons le contraste que présentent l'apathie, la perte des sentiments affectifs, la persistance de la mémoire des déments précoces avec la sensiblerie et l'amnésie des démences par suite de lésions cérébrales organiques. On ne confondra pas les néologismes de la démence précoce avec la paraphasie et la jargonaphasie des aphasiques sensoriels (aphasie incohérente).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les *lésions macroscopiques* de la démence précoce sont essentiellement caractérisées par une *atrophie* notable de la région antérieure des hémisphères. Parchappe a constaté une diminution du poids du cerveau d'environ 145 grammes. L'atrophie, d'après cet auteur, habituellement partielle, porte plus souvent sur les deux tiers antérieurs des hémisphères, souvent sur le quart antérieur, quelquefois sur quelques circonvolutions seulement. Les lobes antérieurs

Digitized by Google

sont plus étroits, plus courts, plus pointus ; les circonvolutions sont amincies, moins hautes ; la surface de leur bord libre, étroite, offre souvent des dépressions. Les sillons sont moins profonds, plus larges, béants ; parfois ils ont disparu ; les circonvolutions ne sont plus que des bosselures. L'atrophie intéresse davantage l'écorce que la substance blanche ; dans certains cas, la couche corticale est complètement atrophiée (Parchappe).

Kahlbaum (1874) a rencontré, dans la catatonie au début, une hyperplasie, plus tard une atrophie du cerveau. Il insiste sur les altérations de l'arachnoïde qui est opaque, surtout au niveau de la base; l'exsudat arachnoïdien prédomine également au niveau de la fosse sylvienne, des deuxième et troisième frontales.

Les *lésions histologiques* ont été étudiées, il y a longtemps déjà, par Marcé qui constatait « l'atrophie et la déformation des tubes nerveux, la destruction et la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses dont les connexions sont rompues ». Récemment Alzheimer, dans des cas aigus de catatonie, a constaté des altérations graves des cellules de l'écorce, surtout au niveau des couches profondes : tuméfaction notable des noyaux, plissement de leur membrane, corps cellulaire rétracté en voie de destruction, néoformation de fibrilles névrogliques qui entourent les cellules. Nissl, dans des cas à évolution chronique, a noté des modifications profondes des cellules qu'il a décrites sous le nom de « destruction du noyau ». Un nombre assez considérable de cellules paraissent détruites, mais il n'y a pas d'atrophie de l'écorce. Les couches profondes renferment des cellules névrogliques, nombreuses et grandes, en voie de régression. L'écorce est en outre parsemée de gros noyaux de névroglie, peu colorés, entourant les cellules malades; quelques-uns les ont même envahies (Kraepelin).

Etiologie. — Les causes de cette maladie si grave sont loin d'être connues ; néanmoins nous possédons quelques notions intéressantes. L'influence de l'*âge* est prépondérante : ainsi que son nom l'indique, la démence précoce apparaît en général au cours de l'adolescence [1]. Sur 296 cas observés par Kraepelin 60 °/₀ ont débuté avant l'âge de 25 ans. La période de début varie d'ailleurs suivant les variétés. La proportion des cas ayant débuté avant 25 ans est de 72 °/₀ pour les formes hébéphrémiques, de 68 °/₀ pour les formes catotoniques, et de 40 °/₀ pour les formes paranoïdes. Pour M. Christian, la démence,

[1] Il existe par suite un processus démentiel spécial pour chacune des grandes périodes de la vie : l'idiotie pour l'*enfance*, la démence précoce pour l'*adolescence*, la démence paralytique pour l'*âge adulte*, la démence sénile pour la *vieillesse*.

Digitized by Google

juvénile se montre chez les jeunes gens de 15 à 25 ans ; plus de la moitié des malades ont été atteints avant l'âge de 20 ans. Kraepelin et Trömner admettent que la catatonie peut se développer à l'âge adulte et même, exceptionnellement, à la ménopause. Nos observations nous inclinent à partager cette manière de voir. Nos 50 cas personnels (45 femmes, 5 hommes), se répartissent ainsi, suivant l'âge au début de la maladie (les délires systématisés sont éliminés) :

de 15 à 20 ans.....	9 cas
de 20 à 25 —	14 —
de 25 à 30 —	12 —
de 30 à 35 —	7 —
de 35 à 40 —	8 —

L'*hérédité psychopathique* fait sentir son influence. Les stigmates physiques de dégénérescence sont assez fréquents (Kraepelin, v. Tschish). L'hérédité vésanique a été relevée dans environ 43 °/₀ par Christian, dans 70 °/₀ des cas par Kraepelin ; la proportion serait plus élevée dans les formes paranoïdes. Scholz, Daraszkiewicz et Christian n'attachent pas grande valeur au rôle de la dégénérescence ; les vrais héréditaires, dit M. Christian, ne deviennent pas déments.

Au point de vue de leur état mental antérieurement au début de la psychose, les malades ont été ainsi classés par Kraepelin :

Niveau mental normal : 60 °/₀ des cas ;

Niveau mental faible : 30 °/₀ ;

Développement psychique incomplet : 7 °/₀.

Aschaffenburg, Christian arrivent à des résultats à peu près identiques. Il semble donc démontré qu'une forte proportion des sujets atteints de démence précoce ont joui, avant le début du mal, d'une intelligence normale. Dans 20 cas °/₀ on a noté l'existence avant le début de la maladie, d'accidents névropathiques personnels. Morel fait jouer un rôle important à l'*alcoolisme des parents*. Enfin divers auteurs ont relevé une influence *familiale*. Le professeur Joffroy considère la démence précoce comme essentiellement héréditaire.

L'influence du *sexe* n'est pas démontrée, pour l'ensemble des cas ; M. Christian, cependant, considère la maladie comme moins fréquente dans le sexe féminin. Certaines formes frappent davantage un sexe que l'autre. Kraepelin donne les formes délirantes comme plus fréquentes chez l'homme (64 °/₀) ; les formes catatonique et paranoïde prédomineraient chez la femme (58 °/₀).

L'hérédo-syphilis, les intoxications d'origine exogène (alcool etc.), les excès sexuels (onanisme) ne paraissent pas jouer un

Digitized by Google

rôle prépondérant dans l'éclosion de la maladie. Il n'en est pas de même, tout porte à le croire, des *auto-intoxications*. Certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, scarlatine) auraient quelque influence (Christian, Kraepelin).

Parmi les causes provocatrices on cite habituellement, surtout pour la catatonie, *l'état puerpéral* et *l'emprisonnement*. Rudin, dans une étude sur les formes cliniques des psychoses des détenus, a constaté que, sur 94 cas, plus de la moitié (55 °/₀) appartenait à la catatonie. Kraepelin signale les rapports entre la catatonie et les fonctions de reproduction dans le sexe féminin : dans 18 °/₀ des cas, il a constaté des troubles menstruels chez les femmes atteintes de catatonie. Dans 24 °/₀ des cas, la maladie a débuté pendant la grossesse ou, plus souvent, après l'accouchement ; une de ces malades à présenté quatre accès de catatonie, chaque fois après un accouchement ; après le dernier survint la démence. Pour l'hébéphrénie, on observe moins fréquemment ces rapports avec les fonctions de reproduction (dans 9 °/₀ des cas seulement). Christian, Marro, attachent une grande importance au rôle du *surmenage cérébral*.

PATHOGÉNIE. — La démence précoce paraît devoir être attribué à des lésions de l'écorce cérébrale, relevant d'une auto-intoxication, probablement d'origine sexuelle (Kraepelin), ainsi que tendraient à le faire croire la période de la vie à laquelle débute la maladie, l'influence de la puberté, de la menstruation, de l'état puerpéral. C'est aussi l'opinion de Régis, qui range une partie des cas d'hébéphrénie (notamment ceux avec catatonie) dans les psychoses par auto-intoxication. Notons en passant, la grande analogie que présentent les symptômes de la catatonie avec ceux des délires toxiques (confusion, torpeur cérébrale, hallucinations). Vraisemblablement, d'autres auto-intoxications que celles liées aux troubles des organes de la reproduction peuvent déterminer la démence précoce ; telles seraient les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, celles dues à l'insuffisance des fonctions hépatiques ou rénales, et peut-être aussi l'intoxication d'origine thyroïdienne. Nous avons observé en effet chez certains malades le syndrôme de Basedow ou des états d'insuffisance thyroïdienne. Pour M. Christian, la démence précoce rentre dans les *psychoses par épuisement :* c'est dans les causes débilitantes qu'est son origine réelle.

Remarquons au point de vue de l'action respective des toxiques inconnus qui déterminent l'un la démence paralytique et l'autre la démence précoce, que le premier frappe et détruit, non seulement le cerveau dans sa totalité, mais encore le cerve-

Digitized by Google

let, le bulbe, la moelle, les nerfs, et même — suivant Kraepelin — les viscères les plus importants (cœur, foie, reins) ainsi que les vaisseaux (athérome). L'action du poison de la paralysie générale est toujours mortelle.

Dans la démence précoce au contraire, le poison exerce une action élective sur les éléments les plus vulnérables du système nerveux, sur les neurones des centres d'association qui restent plus ou moins gravement lésés. Il respecte, ou ne trouble en général que passagèrement et au début (période délirante), les fonctions des territoires sensitivo-moteurs, (centres de projection) ; il laisse indemnes les centres de la base, la moelle allongée et la moelle. Il n'intéresse point davantage les viscères, lésés par contre dans la paralysie générale. Il ne compromet jamais le fonctionnement de la vie végétative et l'existence du malade. Enfin on connaît des cas d'amélioration notable, de guérison. Il s'agit donc d'un poison dont l'action sur les neurones (et même sur certains d'entre eux seulement) est tout à fait spécifique.

Médecine légale. — Si la connaissance des diverses formes de la démence précoce est importante au point de vue clinique, elle ne l'est pas moins sous le rapport médico-légal. Comme les déments paralytiques, les déments précoces — surtout ceux chez lesquels la maladie se montre à l'état fruste ou sous forme de démence simple — sont en effet souvent victimes de condamnations. Si pour ces deux catégories de malades, ou méconnait fréquemment l'existence de troubles cérébraux, c'est que ceux-ci se bornent souvent à un affaiblissement psychique simple : les idées délirantes peuvent ou faire défaut, ou rester très atténuées, très mobiles. Rudin fait remarquer que, dans la plupart des cas de démence précoce qu'il a observés chez des détenus, il s'agissait de sujets qui, après une adolescence normale, avaient été pris d'excitation, s'étaient livrés au vagabondage, puis étaient tombés dans la démence. C'est surtout chez les jeunes soldats qu'il faut penser à la possibilité de cette affection ; d'autant qu'une erreur de diagnostic peut avoir de graves conséquences. Ajoutons qu'il importe, étant donné le caractère maniéré, artificiel, de diverses manifestations des déments précoces de ne pas se croire autorisé, en constatant des troubles de ce genre, à affirmer la simulation. En présence de certains de ces malades en effet, on ne peut se défendre, quand on n'est pas accoutumé aux extravagances des déments précoces, d'éprouver d'abord l'impression que l'on a affaire à des simulateurs et même, comme l'on dit, à des « simulateurs maladroits ».

Traitement. — Les beaux résultats qu'a donnés le traitement du myxœdème par le corps thyroïde autorisaient à tenter

Digitized by Google

l'essai de l'*organothérapie* dans la cure de la démence précoce : cette maladie parait en effet, comme le myxœdème, être sous la dépendance d'une auto-intoxication. Mais dans l'espèce, c'est un peu au hasard que ces expériences thérapeutiques peuvent être faites, en raison de l'absence de données précises sur le point de départ de l'auto-intoxication supposée. Trömner a constaté l'échec de ces essais. Nous avons essayé, également sans résultat, le corps thyroïde, l'ovarine. Régis a observé des améliorations chez des jeunes filles à la suite du traitement ovarique. Il est légitime, croyons-nous, de poursuivre des recherches dans ce sens.

On a recommandé l'emploi d'une *médication physique* (enveloppements humides, hydrothérapie), en vue d'activer l'élimination du toxique par la sueur et l'urine. Les états d'excitation et de dépression seront traités par l'alitement, les bains prolongés ou les bains permanents.

Trömner, Colucci conseillent la rééducation des déments précoces tranquilles. Cette méthode nous parait d'autant plus recommandable qu'elle a donné des résultats chez des aphasiques : d'ailleurs elle est plus ou moins appliquée dans nombre d'établissements, surtout dans les asiles-colonies, où les déments précoces constituent un fort contingent de travailleurs. Pour les formes frustes, lorsque l'attention est suffisamment conservée, nous pensons que les malades devraient bénéficier du même *traitement médico-pédagogique* que les arriérés.

* * *

Dans cette rapide esquisse de la démence précoce, nous n'avons pu que tracer les grandes lignes d'un tableau dont les détails sont complexes. Il va sans dire que bien des points restent encore obscurs, en particulier pour ce qui a trait à la distinction des variétés — ou des espèces cliniques — groupées sous le nom de démence précoce, et aussi sous le rapport de la délimitation de cette affection et des *démences secondaires* proprement dites (démences vésaniques, démences consécutives aux infections). C'est là l'œuvre de l'avenir. Les lacunes de nos connaissances actuelles, qui sont évidentes, ne prouvent rien contre la réalité et la valeur de cette dernière conquête de la pathologie mentale contemporaine ; de plus en plus on tendra à substituer, à des groupements purement symptomatiques, des espèces cliniques à évolution bien déterminée. On arrivera ainsi à remplacer une classification artificielle par une classification naturelle. Il convient donc de ne pas refuser plus longtemps à la démence précoce la place qui lui revient très légitimement dans le cadre nosographique. L'intéressante conception

Digitized by Google

du professeur Kraepelin nous semble en effet être appelée, sans conteste, à donner plus de précision au diagnostic et au pronostic des maladies mentales, et cela, dans une partie du domaine de la psychiatrie où, jusqu'alors, le clinicien restait désorienté.

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

LE RÉFLEXE ACCOMMODATEUR ÉTUDIÉ CHEZ LES MEMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard

L'accommodateur est le sixième et dernier réflexe[1] que je me suis proposé d'étudier dans la paralysie générale. Ce n'est pas qu'il n'ait été déjà observé par d'autres aliénistes, au contraire, assez nombreux sont ceux qui s'en sont déjà occupé ; je citerai en Allemagne, Moelli et Siemerling ; en Angleterre, Milckle et Thurnam ; en Amérique, Hocke et Eceste, mais c'est surtout en France qu'il a été recherché par Magnan et Parmand, puis par Robin, Vincent, Roy et Marie, et enfin, tout dernièrement, par Renaud, Sollier, Briand et Antheaume. Il semble donc superflu d'entreprendre sur ce sujet de nouvelles recherches et que tout ait été dit. Il n'en est rien pourtant, car si on compare les résultats obtenus par ces divers observateurs, on les trouve si discordants, qu'on est tout de suite forcé d'incriminer la méthode qui a présidé aux constatations.

En effet, tous ont adopté la méthode erronée de Muhr, qui, le premier, entreprit l'étude des réflexes dans la périencéphalite chronique, méthode consistant à les rechercher sur des paralytiques qui sont : les uns à la première période, les autres à la seconde et à la troisième comme s'il était bien rationnel de comparer les résultats fournis par des sujets différents à des phases différentes de la paralysie générale.

[1] Voir Cremastérien in *Archives de Physiologie*, 1895. — Patellaire in *Ann. Méd. Psych.*, 1897. — Pharyngeen in *Archives de Physiologie*, 1897. — Evolution comparée des troubles de ces trois reflexes in *Bulletin de la Soc. de Méd. Ment. de Belgique*. — Troubles comparés des trois in *Presse médicale*, 1899. — Lumineux in *Gaz. des Hopit*, 1902. — Conjonctival in *An. méd. Psych.* 1902.

Digitized by Google

Il est donc indispensable de recommencer toutes les recherches en se servant de la seule méthode d'observation susceptible de fournir des données comparables, c'est-à-dire d'avoir la patience et la constance de suivre et d'observer les mêmes malades du début à la terminaison de la maladie. Ainsi nous avons procédé sur 104 paralytiques généraux, mais de ceux-ci, il n'en est que 30 qui aient évolué complètement sous nos yeux, les autres ayant succombé au cours de la première ou de la seconde période. On voit donc combien il importe d'entreprendre un nombre considérable de sujets pour être certain d'aboutir avec quelques-uns et que le plus souvent, on devra perdre le fruit d'un long labeur. On comprend dans ces conditions, la préférence accordée jusqu'ici à l'expéditive méthode de Muhr, mais elle a fait ses preuves et il faut désormais y renoncer.

Sur nos trente paralytiques nous avons recherché l'état du réflexe accommodateur 778 fois, mais par suite de l'indocilité des malades, 98 fois nous n'avons pas réussi à le constater, restent donc 680 constatations heureuses qui se décomposent comme suit :

Normaux.....	281	soit	41,3 0/0
Anormaux.....	399	soit	58,7 0/0

Ainsi d'une manière générale, le reflexe accommodateur est plus souvent *anormal* que *normal* et l'anormalité l'emporte de 17.4 0/0 dans les constatations opérées chez les mêmes malades au cours des trois périodes. Il mérite par conséquent d'être recherché plus qu'on n'a coutume de le faire.

Les altérations présentées peuvent être de trois espèces : *exagération, affaiblissement, abolition.* A cet égard, nos 399 constatations d'anormalité se répartissent de la manière suivante :

Exagération.....	15	soit	3.7 0/0
Affaiblissement.....	168	»	42.1 0/0
Abolition.....	210	»	52.6 0/0
Normal et aboli.....	6	»	1.5 0/0

Trois faits se dégagent de ce tableau. Tout d'abord, dans la presque totalité des cas, les deux reflexes de droite et de gauche étaient altérés en même temps, de la même altération et au même degré. En effet, c'est seulement dans l'infime proportion de 1.5 0/0 que nous avons trouvé l'accommodateur normal d'un côté et aboli de l'autre, contre par conséquent 98.5 0/0 d'altérations identiques. En second lieu, le trouble presque constant fut un trouble en moins dans l'énorme proportion de 96.2 0/0 ; l'exagération fut exceptionnelle. Enfin l'abolition dans notre tableau l'emporte de 10 0/0 environ sur le simple affaiblissement.

Digitized by Google

Mais nous ne nous sommes pas contenté de noter le genre d'altération présenté par le reflexe, nous avons aussi apprécié son degré d'intensité. Nous obtenons pour les 15 exagérations et les 168 affaiblissements :

Très exagérés...	0	soit	0 0/0	Très affaiblis...	29	soit	17.2 0/0
Exagérés.....	15	»	100 0/0	Affaiblis.....	139	»	82.7 0/0

Ce tableau établit que l'exagération quand par exception elle se produit, est toujours modérée ; nouvelle preuve que la caractéristique du reflexe n'est pas l'altération en plus, aussi est-il assez difficile de comprendre pourquoi les affaiblissements modérés sont près de cinq fois plus fréquents que les marqués. Il semble que le contraire aurait dû se constater avec un réflexe dont la tendance prédominante est de s'affaiblir de plus en plus pour finir par disparaitre. Le fait est d'autant plus curieux que nous l'avons observé également pour le conjonctival et le lumineux. J'ai dit déjà, à propos de ces deux reflexes, ne voir qu'une explication : la rapide évolution de l'affaiblissement pour aboutir vite à l'abolition, rapidité qui permet rarement de constater le degré intermédiaire entre celui-là et celle-ci.

Nous avons vu plus haut que six fois seulement, un seul œil était altéré ; les six fois l'abolition de l'accommodateur d'un côté coïncidait avec la normalité de l'autre. Nous n'avons donc jamais eu l'occasion de voir une altération en moins d'une part avec une altération en plus de l autre.

Cependant nous ne devons pas nous contenter de cette étude d'ensemble, il convient d'examiner aussi les troubles de l'accommodateur *aux trois périodes* de la paralysie générale.

Nous avons d'abord le tableau relatif à la normalité :

	1re Période	2e Période	3e Période
Normal	169 soit 63.2 0/0	85 soit 33.7 0/0	27 soit 16.7 0/0
Anormal ...	98 » 36.7 0/0	167 » 66.3 0/0	134 » 83.2 0/0

et à l'anormalité qui montre clairement que le reflexe a été trouvé d'autant plus souvent altéré que la maladie était plus avancée.

La progression suit une marche régulière et les différences sont très tranchées. En effet, à la première période l'accommodateur fut beaucoup plus souvent normal qu'anormal, l'écart en faveur du premier état étant de 26.5 0/0 ; à la seconde période au contraire, c'est l'état anormal qui l'a emporté sur l'état normal de 32.6 0/0 et à la troisième période de 66.5 0/0. A cette phase ultime le reflexe fut donc trouvé presque constamment anormal. Mais bien qu'à la phase initiale la normalité l'ait emporté sur l'anormalité, celle-ci s'est présentée dans une pro-

Digitized by Google

portion encore assez élevée pour justifier sa recherche dans les cas douteux.

L'accommodateur est-il indifféremment altéré en plus et en moins à tous les moments de la paralysie générale ?

	1re Période	2e Période	3e Période
Exagérés...	15 soit 15.3 0/0	0 soit 0 0/0	0 soit 0 0/0
Affaiblis....	63 » 64.2 0/0	70 » 41.9 0/0	35 » 26.1 0/0
Abolis.....	20 » 20.4 0/0	91 » 54.4 0/0	99 » 73.9 0/0
Norm. et abol.	0 » 0	6 » 3.5 0/0	0 » 0 0/0

Trois faits apparaissent dans ce tableau. En premier lieu, la présence de l'exagération du reflexe à la seule phase initiale de la paralysie générale et en second lieu, la normalité à un œil avec l'abolition à l'autre à la seule phase intermédiaire, de telle sorte qu'à la troisième période les seuls troubles observés ont été des troubles en moins identiques des deux côtés, affaiblissement ou abolition. J'ajouterai que c'est tout à fait au début de la seconde période, que six fois il nous est arrivé de trouver des états différents du reflexe à droite et à gauche, jamais pareille constatation n'a été faite au cours même de celle-ci, quand elle avait déjà une certaine durée et que le gâtisme était bien établi. Il est donc vrai de dire que les altérations en plus et les états différents à un œil et à l'autre, ont été des phénomènes initiaux et que seuls l'affaiblissement et l'abolition sont des altérations des périodes avancées. En troisième lieu, dans notre tableau, les affaiblissements vont constamment en diminuant de la phase initiale où ils sont en majorité, à la phase intermédiaire où ils sont en minorité, et de celle-ci à la phase terminale, tandis que les abolitions suivent la progression inverse et vont en fréquence croissante de la première période où elles sont moins nombreuses que ceux-ci, à la seconde où elles sont déjà plus nombreuses et de la seconde à la troisième.

Les altérations en plus s'étant toujours présentées à un degré modéré et à la phase initiale, nous n'avons pas à rechercher l'influence qu'a pu exercer sur leur intensité, l'aggravation de la maladie. Il n'en est plus de même pour les affaiblissements qui, eux, se sont montrés aux trois périodes. Nous venons de voir à quels moments ils ont été le plus fréquents ; le tableau suivant nous dira quand ils ont été le plus marqués :

	1re Période	2e Période	3e Période
Affaiblis.....	48 soit 76.2 0/0	62 soit 88.6 0/0	29 soit 82.9 0/0
Très affaiblis..	15 » 23.8 0/0	8 » 11.4 0/0	6 » 17.1 0/0

C'est à la première période où d'après nos constatations l'accommodeur a le moins de tendance à être aboli, que les affaiblissements très marqués ont été le plus fréquents. Il semble

Digitized by Google

bien y avoir là une confirmation de l'explication que nous avons donnée plus haut : que plus la tendance du reflexe à disparaître complètement est grande, moins on a le temps de constater le degré marqué de l'affaiblissement qui aboutit vite à l'abolition. Mais alors les affaiblissements marqués devraient être moins nombreux à la phase terminale qu'à l'intermédiaire, et nous avons au contraire, un écart de 5.7, en faveur de celle-là. C'est vrai, mais cet écart est faible et peut être accidentel car si nous totalisons la seconde et la troisième période, nous voyons que la proportion des affaiblissements marqués n'est pour les deux réunis que de 13.3 0/0 inférieure par conséquent de 10.5 0/0 à celle de la phase initiale.

Pour compléter ces recherches sur les troubles de l'accommodateur, il est nécessaire d'étudier ceux-ci dans les diverses variétés mentales de la maladie, de rechercher leurs rapports avec les altérations des sensibilités et les troubles moteurs, d'examiner l'influence que peuvent exercer sur eux l'âge et l'étiologie.

Le tableau suivant relatif *aux formes mentales*

	Expansive	Dépressive	Mixte	Démentielle	Rémission
Normal.....	112 soit 53,0 °/₀	15 s. 51,7 °/₀	41 s. 53 °/₀	78 s. 25,3 °/₀	35 s. 62,5 °/₀
Anormal....	99 » 46,9 °/₀	14 » 48,3 °/₀	35 » 46 °/₀	230 » 74,7 °/₀	21 » 37,5 °/₀

établit tout d'abord ce fait intéressant que l'accommodateur s'est montré anormal dans plus d'un tiers des constatations lors des rémissions ; celles-ci sont donc trompeuses puisque la persistance de l'altération du reflexe est la preuve que le mal reste toujours en puissance. Toutefois ce sont les rémissions qui nous ont fourni la plus forte proportion de normalité ; pour les formes expansives, dépressive et mixte la normalité l'a encore emporté mais dans des proportions assez faibles ; à peu de chose près les mêmes pour les trois. C'est donc seulement dans la forme démentielle que l'accommodateur a été plus souvent anormal que normal, et cela en grande majorité puisque l'écart en faveur de l'anormalité est de 49,4 °/₀ ; c'est là le fait le plus saillant avec la persistance fréquente signalée plus haut de l'altération au cours des rémissions.

Si nous passons à la recherche des diverses espèces d'altérations,

	Expansive	Dépressive	Mixte	Démentielle	Rémission
Exagérés...	15 soit 15,2 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀
Affaiblis....	42 » 42,4 °/₀	14 » 100 °/₀	14 » 41 °/₀	77 » 33,3 °/₀	21 » 100 °/₀
Abolition...	42 » 42,4 °/₀	0 » 0 °/₀	20 » 58,8 °/₀	148 » 64,0 °/₀	0 » 0 °/₀
Norm. et ab.	0 » 0 °/₀	0 » 0 °/₀	0 » 0 °/₀	6 » 2,5 °/₀	0 » 0 °/₀

nous trouvons que la forme démentielle qui a fourni le maximum

Digitized by Google

d'anormalité est aussi celle qui a présenté le maximum d'abolition de l'accomodateur tandis que ce trouble extrême n'a été constaté ni dans la forme dépressive ni avec la rémission, ces deux n'ayant eu pour unique altération que l'affaiblissement. On voit donc que si le reflexe au cours de ces dernières est altéré dans plus d'un tiers des cas, il ne l'est qu'à un degré léger. Enfin c'est seulement dans la forme expansive que nous avons observé l'exagération de l'accommodateur. Il résulte de tout cela qu'il n'est pas une seule force mentale qui nous ait offert les quatre espèces de troubles et que l'affaiblissement est la seule altération commune à toutes.

Mais quelle que soit la forme mentale, en dehors bien entendu de la rémission, le paralytique peut être ou *agité* ou *calme*. Ces deux états ont-ils une influence sur l'accommodateur? Nous le saurons par le tableau qui suit :

	Agitation	Calme
Normal.....	85 soit 33,5 o/o	161 soit 43,3 o/o
Anormal.....	168 » 66,4 o/o	210 » 56,6 o/o

Il montre que dans nos constatations nous avons trouvé plus souvent le reflexe anormal lors des périodes d'agitation. L'influence fâcheuse de celle-ci se trouve corroborée par ce fait qu'établit le tableau suivant :

	Agitation	Calme
Exagération.....	7 soit 4,1 o/o	8 soit 3,8 o/o
Affaiblissement..	49 » 29,1 o/o	98 » 46,7 o/o
Abolition.....	112 » 66,6 o/o	98 » 46,7 o/o
Norm. et abolit..	0 » 0 o/o	6 » 2,8 o/o

que c'est chez les paralytiques agités que nous avons noté le maximum de l'abolition, c'est-à-dire du trouble le plus marqué de l'accommodateur. Dans les périodes de calme nous avons une proportion identique de cette dernière et de l'affaiblissement tandis que dans les phases d'agitation la première l'emporte sur le second de 37,7 0/0 ; enfin l'abolition avec elles fut plus fréquente de 20,1 0/0. D'un autre côté c'est seulement dans les états de calme que nous eûmes un œil normal avec l'autre altéré, de même l'exagération fut un peu moins fréquente que durant l'agitation. Il n'est donc pas douteux qu'avec celle-ci l'accomodateur est tout à la fois plus souvent et plus profondément altéré.

Si maintenant nous interrogeons *l'étiologie*, nous réalisons le tableau suivant :

	Syphilis	Alcool	Syph. et alc.	Traumatisme	Autres causes
Normal..	162 s. 48,9 °/°	27 s. 19.4 °/.	63 s. 50,4 °/.	0 s. 0 °/.	29 s. 44,6 °/.
Anormal.	169 » 51,1 °/.	112 » 80,6 °/°	62 » 49,6 °/.	20 » 100 °/.	36 » 55,4 °/°

Digitized by Google

qui montre que en dehors de l'association de l'alcool et de la syphilis où l'anormalité et la normalité sont à bien peu de chose près en proportion identique, la première l'emporte sur la seconde avec toutes les autres causes. Le maximum de reflexes anormaux nous a été fourni par la paralysie générale d'origine traumatique dans laquelle pas une fois l'accommodateur ne fut normal ; immédiatement après vient, avec une proportion énorme, la paralysie générale alcoolique, aussi y a-t-il lieu de s'étonner que quand la syphilis et cette intoxication se sont rencontrées chez le même sujet l'accommodateur fut à fréquence égale normal et anormal. Nous sommes très probablement tombé sur une série exceptionnelle. Toutefois dans notre tableau il est à remarquer que ce sont les paralytiques syphilitiques qui viennent immédiatement après ceux-ci comme ayant le moins d'altérations.

Quant aux divers genres de troubles ils donnent ce tableau :

	Syphilis	Alcool	Alcool et syphilis	Traumatisme	Autres causes
Exagération.	15 s. 8 8 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀	0 s. 0 °/₀
Affaiblissement..	69 » 40 8 °/°	56 » 50 °/°	35 » 43 5 °/₀	0 » 0 °/₀	8 » 22 2 °/₀
Abolition....	85 » 50 2 °/₀	56 » 50 °/₀	27 » 56 4 °/₀	14 » 70 °/₀	28 » 77 8 °/°
Norm. et abolit.	0 » 0 0 °/₀	0 » 0 °/₀	0 » 0 0 °/₀	6 » 30 °/₀	0 » 0 °/₀

dans lequel nous relevons qu'avec l'alcool, la syphilis et l'alcool et enfin les autres causes les seules altérations constatées furent l'abolition et l'affaiblissement, car c'est seulement avec la syphilis que nous vimes l'exagération et seulement avec le traumatisme l'abolition seule soit à un œil soit aux deux. Sauf pour l'alcool avec lequel les deux degrés de l'altération en moins s'égalisent, avec toutes les autres étiologies l'abolition l'emporte sur l'affaiblissement, mais le fait saillant du tableau est l'énorme proportion de celle-ci et le petit nombre de celui-ci avec les autres causes. Quant à la folie traumatique l'abolition fut toujours le seul trouble observé, avons-nous déjà dit. Pour la syphilis et l'alcool la proportion de celle-ci fut identique ; pour les deux réunis elle n'est plus forte que de 6 °/₀.

L'*âge* semble bien dans le tableau suivant :

	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60
Normal.....	7 soit 11 1 °/₀	218 soit 42 °/₀	50 soit 78 1 °/₀	6 soit 17 1 °/₀
Anormal.....	56 » 88 9 °/₀	300 » 57 °/₀	14 » 21 8 °/₀	29 » 82 9 °/₀

exercer une certaine influence car c'est de 30 à 50 que nous nous avons obtenu le minimum d'anormalité tandis que le maximum s'est montré aux périodes extrêmes après 50 ans et surtout avant 30. Les proportions que nous avons obtenues avec les paralysies générales précoce et tardive sont trop élevées pour ne pas avoir une signification.

Digitized by Google

Les diverses espèces d'altérations nous donnent quant à l'âge le tableau suivant :

	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60
Exagération.	0 soit 0 °/₀	15 soit 5 °/₀	0 soit 0 °/°	0 soit 0 °/₀
Affaiblissem[t]	15 » 26 7 °/₀	125 » 41 6 °/₀	14 » 100 °/₀	14 » 48 2 °/₀
Abolition....	35 » 62 5 °/₀	160 » 53 3 °/₀	0 » 0 °/₀	15 » 51 7 °/₀
Norm. et ab.	6 » 10 7 °/₀	0 » 0 °/₀	0 » 0 °/₀	0 » 0 °/₀

L'affaiblissement et l'abolition sont donc les seules altérations que nous ayons constatées à tous les âges, même nous n'en avons jamais vu d'autres après 40 ans, tandis que l'exagération ne s'est montrée que de 30 à 40 et la normalité d'un œil avec l'abolition de l'autre qu'avant 30 ans. Sans doute l'abolition a, dans notre tableau son maximum de fréquence dans la paralysie précoce qui possède également le maximum de normalité, mais la proportion de ce trouble marqué est un peu plus forte de 30 à 40 que de 50 à 60 et nous ne l'avons jamais rencontrée de 40 à 50. Il résulte de ces constatations que l'âge ne paraît pas exercer sur les diverses espèces d'altérations l'influence que nous avons notée pour la normalité et l'anormalité.

Comme on sait, si les *troubles moteurs* sont toujours excessifs chez tous les paralytiques à la phase ultime, il n'en est plus ainsi aux *deux premières périodes* où ils ont une intensité très variable non seulement chez des malades différents mais chez le même sujet d'un jour à l'autre.

Le tableau qui suit :

	Légers	Modérés	Marqués	Excessifs
Normal.....	63 soit 53 4 °/₀	35 soit 56 °/₀	82 soit 45 5 °/₀	74 soit 46 5 °/₀
Anormal.....	55 » 46 6 °/₀	27 » 43 °/₀	98 » 54 5 °/₀	85 » 53 5 °/₀

met en lumière qu'aux deux phrases initiales nous avons trouvé avec les troubles moteurs légers et modérés une normalité de l'accommodateur supérieure à l'anormalité et le contraire avec les troubles moteurs marqués et excessifs. Sans doute la proportion des anormaux a été un peu plus faible avec les troubles modérés qu'avec les légers et avec les excessifs qu'avec les marqués, mais l'écart est insignifiant et si nous formons seulement deux grands groupes comprenant l'un les altérations motrices légères et modérées, l'autre les altérations marquées et excessives nous voyons que l'anormalité du premier groupe est de 45 °/₀ et celle du second de 54 °/₀. Il est donc vrai de dire que dans nos constatations l'accommodateur a été trouvé d'autant plus souvent altéré que la motricité était davantage atteinte

L'examen des diverses espèces d'altérations confirme absolument cette appréciation,

Digitized by Google

	Légers	Modérés	Marqués	Excessifs
Exagération.	9 soit 16 3 °/.	6 soit 22 2 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.
Affaiblissem[t]	35 » 53 6 °/.	14 » 51 8 °/.	48 » 49 °/.	36 » 42 °/.
Abolition....	11 » 20 °/.	7 » 25 9 °/.	50 » 51 °/.	43 » 50 °/.
Norm. et abo.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.	6 » 7 °/.

car l'abolition du reflexe croît proportionnellement à l'intensité des altérations de la motricité. La proportion des abolis est plus forte avec les troubles modérés qu'avec les légers, plus forte avec les troubles marqués qu'avec les modérés et plus forte enfin avec les troubles excessifs qu'avec les marqués car avec ceux-là il faut ajouter les six cas où l'abolition n'existait que d'un côté ce qui en porte la proportion à 59 °/.. Quant à l'exagération au contraire nous ne l'avons observée que quand la motricité était peu atteinte.

Les rapports des altérations de l'accommodateur avec l'état des sensibilités tactile et douloureuse méritent aussi de fixer notre attention. Le *tact* fournit le tableau qui suit composé avec 457 constatations durant lesquelles il nous a été possible de nous bien assurer de l'état du réflexe et de la sensibilité tactile au même moment.

	Normal	Affaiblissement	Anesthésie	Hypéresthésie
Normal.....	238 soit 59 6 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.
Anormal....	161 » 40 3 °/.	35 » 100 °/.	15 » 100 °/.	8 » 100 °/.

Il est très net et établit que quand le tact était anormal nous avons toujours trouvé l'accommodateur également altéré. Sans doute les cas d'altération de la sensibilité tactile ne sont pas très nombreux car, comme je l'ai établi dans un autre travail, l'anormalité de ce sens dans la paralysie générale est assez rare, néanmoins nos constatations ont été de 58 et le fait de n'avoir jamais trouvé en même temps le reflexe normal semble avoir une signification, d'autant plus qu'avec l'état normal du tact, l'accommodateur au contraire a été rencontré plus souvent normal qu'anormal ; l'écart dans ce cas en faveur de la normalité s'élève à 19 4 °/..

Toutefois l'examen des diverses espèces d'altérations donne des résultats moins nets. Dans le tableau qui suit,

	Normal	Affaiblissem[t]	Anesthésie	Hypéresthésie
Exagération..	15 soit 9 3 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.
Affaiblissem[t].	69 » 42 8 °/.	20 » 57 1 °/.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.
Abolition.....	71 » 44 °/.	15 » 42 9 °/.	15 » 100 °/.	8 » 100 °/.
Norm. et ab..	6 » 3 7 °/.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.

en effet nous voyons que nous avons obtenu une proportion plus forte d'abolitions de l'accommodateur avec la normalité du tact qu'avec son affaiblissement ; et d'un autre côté ce réflexe a été

Digitized by Google

trouvé constamment aboli — que le sens fût anesthésié ou hypéresthésié ; enfin c'est avec la normalité seulement du tact que nous avons constaté l'exagération de l'accommodateur. Tout cela semble bien indiquer que si celui-ci est toujours altéré quand celui-là l'est, le genre d'altération des deux n'est pas en rapport.

La *douleur* a pu être exactement relevée en même temps que l'accommodateur dans 677 constatations qui fournissent le tableau suivant :

	Normal	Affaiblissem^t	Analgésie	Hypéralgésie
Normal....	140 soit 47 6 °/.	112 soit 41 °/.	20 soit 24 3 °/.	6 soit 21 4 °/°
Anormal...	154 » 52 4 °/.	161 » 59 °/.	62 » 75 6 °/.	22 » 78 5 °/.

établissant que nous avons noté une proportion d'autant plus élevée de normalité du reflexe que le sens algésique était lui aussi normal tandis que au contraire la proportion d'anormalité fut d'autant plus forte que la douleur était plus altérée. Comme pour le tact les résultats fournis par les diverses formes d'altérations sont moins nets comme il ressort de cet autre tableau.

	Normal	Affaiblissment	Analgésie	Hypéralgésie
Exagération.	0 soit 0 °/.	15 soit 9 3 °/.	0 soit 0 °/.	0 soit 0 °/.
Affaiblissem^t	71 » 46 1 °/.	69 » 42 8 °/.	28 » 45 2 °/.	0 » 0 °/.
Abolition....	83 » 53 9 °/.	77 » 47 8 °/.	28 » 45 2 °/.	22 » 100 °/.
Norm. et ab.	0 » 0 °/.	0 » 0 °/.	6 » 9 6 °/°	0 » 0 °/.

Avec l'hypéralgésie l'accommodateur a été toujours anormal, mais avec l'analgésie il le fut moins aux deux yeux qu'avec l'affaiblissement de la douleur et moins encore qu'avec la normalité de celle-ci qui s'est rencontrée avec la plus forte proportion d'abolition après l'hypéralgésie. Puis c'est seulement avec l'affaiblissement du sens algésique que nous avons observé l'exagération du reflexe. Il semble bien dès lors que tant pour la douleur que pour le tact aucun rapport ne peut être établi entre les diverses altérations dont ils sont frappés et celles de l'accommodateur.

Un mot encore avant de finir ; ce réflexe étant anormal dans plus d'un tiers des cas dès la phase initiale il n'est pas inutile de l'examiner dans les cas douteux pour aider au *diagnostic*, mais je ne crois pas qu'il puisse contribuer à établir le *pronostic*, à prévoir si l'évolution de la paralysie générale sera rapide, modérée ou longue, à en juger du moins par ce dernier tableau dans lequel figure la durée du mal chez nos 30 sujets, disposée selon que l'accommodateur était altéré d'emblée ou dans le cours de la maladie ; car toujours il fut trouvé anormal à la première période ou à la seconde, jamais l'altération n'a débuté à la troisième et jamais non plus la normalité n'a persisté du début à la terminaison de la périencéphalite chronique.

Digitized by Google

Durée (ans)	D'emblée	Au cours
1 à 2	2	1
2 à 3	2	6
3 à 4	3	8
4 à 5	2	4
Plus de 5	0	2

Ainsi quand l'accommodateur a été trouvé altéré dès l'entrée du paralytique à la phase initiale de son mal, la maladie a eu toutes les évolutions depuis moins de deux ans jusqu'à cinq ans et quand l'altération n'est survenue que plus tard, la même diversité s'est constatée puisque la paralysie générale a duré depuis moins de deux ans jusqu'à plus de cinq ans.

De tout ce qui précède, je tirerai les conclusions suivantes :

I. — Nous avons trouvé le réflexe accommodateur dans la paralysie générale le plus souvent anormal que normal.

II. — L'exagération de ce reflexe fut tout à fait exceptionnel; les altérations en moins ont été 24 fois plus fréquentes.

III. — L'abolition s'est montrée plus fréquente que le simple affaiblissement, l'écart en sa faveur fut de 10 %.

IV. — Il a été tout à fait exceptionnel, dans l'infime proportion de 1,5 %, de ne pas trouver aux deux yeux des états identiques du reflexe; dans ces cas très rares nous constatâmes toujours la normalité d'un côté avec l'abolition de l'autre.

V. — Qu'il s'agisse d'exagération ou d'affaiblissement, les degrés modérés l'ont emporté dans la totalité des cas pour celle-là et de près de cinq fois pour celui-ci.

VI. — Seulement à la première période la normalité fut plus fréquente que l'anormalité, tandis qu'à la seconde et encore plus à la troisième, celle-ci fut le fait de beaucoup le plus habituel, de telle sorte que l'état anormal a augmenté proportionnellement aux progrès de la maladie.

VII. — L'exagération surtout et les altérations inégales des deux côtés ont été relevées exclusivement aux phases initiales de la maladie tandis que l'abolition s'est montrée en raison directe et l'affaiblissement en raison inverse des progrès de l'affection.

VIII. — La fréquence des affaiblissements marqués a été en raison inverse de la fréquence des abolitions.

IX. — L'accommodateur était anormal dans plus d'un tiers des constatations lors des rémissions, et c'est seulement dans la forme démentielle que l'anormalité l'a emporté sur la normalité dans une très forte proportion. Pour les autres variétés : expansive, dépressive et mixte, l'excédent des états normaux sur les anormaux fut toutefois faible.

Digitized by Google

X. — Il n'est pas une seule forme mentale dans laquelle nous ayons rencontré toutes les espèces d'altérations et l'affaiblissement est le seul trouble constaté dans les cinq formes, même il fut l'unique altération dans la dépression et la rémission, tandis que la démentielle a fourni le maximum des abolitions et que l'exagération n'a été trouvée que dans l'expansive.

XI. — L'accommodateur a été trouvé plus souvent et plus profondément altéré durant les phases d'agitation.

XII. — Le réflexe a toujours été anormal dans la paralysie générale traumatique, après vient l'alcoolisme.

XIII. — L'exagération de l'accommodateur n'a été constatée qu'avec la syphilis, alors que l'abolition fut toujours le trouble observé avec le traumatisme et s'est montrée en énorme proportion avec les causes banales tandis que dans l'alcoolisme nous avons noté un nombre égal d'affaiblissement.

XIV. — C'est aux âges extrêmes, après 50 ans et plus encore avant 30 ans que l'accommodateur a été le plus souvent altéré et le moins souvent de 30 à 50 ans ; toutefois, à tous les âges, l'état anormal l'a emporté sur l'état normal et l'influence exercée sur les diverses espèces d'altérations fut nulle.

XV. — L'accommodateur a été trouvé d'autant plus souvent et d'autant plus profondément altéré aux deux premières périodes que la motricité était davantage atteinte et c'est seulement avec les troubles moteurs légers que l'exagération fut constatée.

XVI. — Le reflexe a été trouvé d'autant plus souvent altéré que le sens tactile et le sens algésique étaient également atteints, toutefois nous n'avons relevé aucun rapport entre les diverses altérations de ces deux sensibilités et celles de l'accommodateur.

XVII. — La recherche du réflexe accommodateur par ses altérations fréquentes et précoces peut aider au diagnostic dans les cas douteux mais ne saurait fournir aucune indication sur l'évolution lente ou rapide de la périencéphalite chronique.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 mai 1902

La Société médico-psychologique a célébré le cinquantième anniversaire de sa fondation. A cette occasion, M. Motet, président, a retracé l'histoire de la création de la société et M. Ritti, secrétaire général, a résumé les différents travaux parus dans les « Annales

Digitized by Google

médico-psychologiques » et les plus importantes des questions étudiées et discutées aux séances de la Société au cours de ses cinquante années d'existence.

Le **prix Aubanel** a été décerné et partagé de la façon suivante : 700 fr. à MM. Bernard LEROY de Paris et CASTIN de Montdevergues qui porteront le titre de lauréats de la Société.

400 fr. à M. COLOLIAN 1re mention honorable.

200 fr. à M. MARCHAND médecin adjoint à l'asile de Bailleul.

Le sujet proposé pour ce prix était le suivant : ***Valeur séméiologique des idées hypochondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*** A. V.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE

(Séance du 2 Mai 1902)

MM. VASCHIDE et PIÉRON apportent les résultats de recherches originales qu'ils ont entreprises sur la télépathie, prise comme phénomène normal ; ils ont noté indépendamment l'un de l'autre les moments où chez chacun d'eux apparaissait l'idée de l'autre ; et il ont confronté les résultats, établi des moyennes et envisagé les détails.

Leur conclusion est qu'il n'est pas besoin pour expliquer les coïncidences relativement peu nombreuses qu'ils ont observées de recourir à une hypothèse aussi complexe que la télépathie, le hasard et une sorte d'harmonie préétablie due à l'analogie des conditions de vie en rendant suffisamment compte.

A côté de quelques observations de MM. Janet, Dumas, Arnaud, Boissier et Youriévitch, M. MÉLINAND reproche aux auteurs d'avoir éliminé la télépathie par avance en employant cette méthode, l'harmonie mentale pouvant toujours être invoquée.

M. PIÉRON réplique que cette objection serait valable si les auteurs avaient conclu à la nécessité d'invoquer la télépathie, mais leur conclusion négative, fondée sur le faible nombre de coïncidences bien moindre que n'en pourrait expliquer l'harmonie mentale, reste entière. H. P.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 17 Avril)

M. ANGLADE montre, comme caractère des lésions du système nerveux cérébro spinal dans l'épilepsie, de la sclérose névroglique importante dans la protubérance, le bulbe et même la moelle.

M. TOUCHE présente un malade qui, à la suite d'une ligature de la sous-clavière et de la carotide primitives droites, datant de sept ans, a des troubles nerveux accentués : atrophies, anesthésies et tremblements localisés.

MM. SÉRIEUX et MIGNOT ont constaté l'alternance chez un para-

Digitized by Google

lytique général d'hallucinations de l'ouïe avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle consécutifs à des ictus épileptiformes. A l'autopsie, une lésion en foyer de méningo-encéphalite à l'hémisphère gauche, touchant le centre classique de l'audition (tiers postérieur de la première temporale et circonvolution supra marginale) et allant jusqu'à la substance blanche; à l'hémisphère droit, lésion symétrique plus superficielle.

L'observation conduit les auteurs à admettre à part une variété sensorielle de la paralysie générale.

MM. L. Marie et Guillain présentent deux malades, l'un atteint de torticolis mental avec mouvements spasmodiques des membres supérieurs, l'autre des mouvements athétoïdes, de nature indéterminée et qu'on ne saurait attribuer à aucun trouble défini.

MM. Babinski et Nageotte, de trois observations de malades atteints d'hémiasynergie, latéropulsion et myosis bulbaires avec hémianesthésie et hémiplégie croisée, après un minutieux examen anatomique tirent les conclusions suivantes :

1° Les fibres émanées de l'olive bulbaire aboutissent à la partie postérieure du corps ciliaire du cervelet.

2° Une lésion unilatérale du bulbe peut donner naissance à une hémianesthésie exclusivement relative au sens thermique et au sens de la douleur comme l'anesthésie syringomyélique.

3° Une lésion unilatérale du bulbe peut provoquer des troubles oculo-pupillaires qui consistent en un rétrécissement de la pupille, une diminution de la fente palpébrale ainsi qu'en une rétropulsion du globe oculaire.

4° Une lésion unilatérale du bulbe peut produire une association de syndrômes, essentiellement des vertiges, une hémiplégie et une hémianesthésie du côté opposé à la lésion, une hémiasynergie, de la latéropulsion et du myosis du côté de la lésion.

M. Meige à propos d'un cas de spasme facial franc, déterminé par une irritation d'un point d'un arc réflexe bulbospinal, insiste sur la nécessité de le différencier du tic dont le traitement ne réussit pas pour le spasme.

MM. Dupré et Heitz présentent des pièces concernant un cas de double abcès centrovalaire du lobe frontal droit qui détermina de la confusion mentale et de la mélancolie.

M. Brissaud signale le diagnostic d'une tumeur cérébrale située dans la région du genou du corps calleux à droite aux signes suivants : double stase papillaire; inégalité pupillaire (dilatation à droite); pas de signe d'Argyll Robertson, puis diminution à droite et exagération à gauche des reflexes patellaires.

Digitized by Google

NOTES & INFORMATIONS

La chirurgie dans les Asiles d'Aliénés, par L.-M. POUSSÈPE. (Obozrénié psichiatrii. VII. 1. 1902). — A notre époque l'assistance des aliénés intéresse de plus en plus le médecin, le nombre des asiles d'aliénés augmente chaque année, on donne à ces malheureux de véritables palais ou peu s'en faut : il est donc opportun de rappeler que parmi les soins qu'on leur doit, il en est d'ordre chirurgical : et l'attention des psychiatres doit en effet être dirigée sur la pratique de la chirurgie dans les asiles d'aliénés.

Il n'est aucun médecin qui oserait discuter que l'aliéné malade *sui generis*, ne réclame des soins tout à fait particuliers tant de la part des médecins que de la part des infirmiers ; or cette maxime devient lettre morte quand il s'agit d'une intervention chirurgicale. On appelle toujours et partout un chirurgien du pays qui ne connait ni les usages de l'établissement ni les conditions de la vie des malades. Le chirurgien appelé pose son diagnostic, exécute l'opération et rarement, conjoncture la plus favorable, effectue lui-même le pansement; généralement, ce qui est moins heureux, il confie cette besogne aux aliénistes du service.

Pendant toute la période postopératoire, les soins de l'aliéné restent ce qu'ils étaient avant, le malade se trouve dans une situation qui, au point de vue chirurgical, ne peut résister à la critique. Le personnel inférieur tout entier manque de la plus petite notion relative à l'asepsie et aux soins que réclame une affection chirurgicale.

Les aliénistes se refusent et non sans raison à exécuter des pansements qui, dans la plupart des cas, exigent quelques procédés spéciaux.

En un mot, la position de l'opéré est lamentable au plus haut degré, comme certainement le savent la majorité des chirurgiens qui ont eu l'occasion d'opérer dans les asiles d'aliénés.

Il est, par contre, impossible de transférer ces malades dans des hôpitaux généraux, à cause de leur affection mentale qui nécessite une surveillance particulière et une installation spéciale.

Il n'en va pas mieux en ce qui concerne le diagnostic chirurgical : l'aliéniste étant par excellence un thérapeute, les maladies chirurgicales très souvent ne sont pas diagnostiquées, ou, si elles le sont, ce n'est qu'à une période où l'intervention du chirurgien devient inutile.

Pour qui considère le côté humanitaire de la question et ne voit dans les asiles d'aliénés que des hôpitaux au sens propre du mot, il est inadmissible qu'on en agisse ainsi à l'égard des malades ; d'autre part, le médecin aliéniste est coupable sans l'être, puisqu'il n'est pas chirurgien.

Demandons-nous quelle peut être la solution de ce problème?

Il n'en existe qu'une : Organiser dans chaque établissement

Digitized by Google

d'aliénés une section chirurgicale gérée par un chirurgien spécialiste qui dispose d'un personnel spécial et familiarisé non seulement avec les soins qui conviennent aux malades atteints d'affections chirurgicales, mais en outre avec ceux qui sont nécessaires aux aliénés. Le chirurgien qui réside à l'asile, apprendra à connaître l'existence intérieure de la maison, ses êtres et les conditions raisonnées de son installation, le genre de soins et de surveillance qui conviennent aux aliénés : il va de soi qu'alors il en pourra adapter l'esprit à ses malades au mieux de leurs intérêts, tant chirurgicaux que mentaux.

Je me garderai bien d'aborder le terrain de la chirurgie proprement dite, de l'intervention opératoire appliquée à la cure des maladies mentales : je n'ai en vue ici que les affections chirurgicales qui surviennent incidemment chez les aliénés et elles sont assez fréquentes.

Déjà en 1897, M. le professeur BECHTEREW a dans son discours indiqué l'extrême importance de l'intervention opératoire dans la clinique des maladies nerveuses et mentales.

Il convient à ce sujet de ne pas non plus perdre de vue les soins postopératoires qui fréquemment ont autant d'importance que l'exécution de l'opération elle-même : il serait donc désirable que les grands établissements d'aliénés organisassent une section spéciale de chirurgie appropriée à cet usage, dotée d'un personnel d'infirmiers formés aux pratiques chirurgicales.

En France actuellement quelques établissements d'aliénés[1] possèdent des services de chirurgie ayant à leur tête un chirurgien de carrière, dont la fonction consiste à exécuter les opérations nécessaires et à examiner les aliénés présentant tel ou tel intérêt chirurgical.

Il y est paru, il n'y a pas longtemps, un recueil de travaux sur la chirurgie des aliénés, intitulé « *Chirurgie des aliénés*, » dans lequel on trouve, entre autres choses, la description et le plan du pavillon de chirurgie de l'asile des aliénés du département de la Seine. Au XIIIe Congrès international de médecine de Paris on a signalé la nécessité de fonder des sections spéciales de chirurgie dans les établissements d'aliénés.

Ces institutions pourraient devenir les pépinières de spécialistes particuliers, de chirurgiens puisant dans la psychiatrie la somme exacte, strictement exacte, des connaissances indispensables aux soins et à la surveillance des aliénés en traitement dans le service de chirurgie ; elles pourraient également servir d'écoles propres à établir d'une façon précise les indications et contre-indications de l'intervention opératoire chez les aliénés.

Il nous semble donc que l'organisation régulière d'un service de chirurgie est des plus urgentes dans les grands asiles d'aliénés, d'autant plus qu'elle pourrait contribuer non pas seulement à sou-

[1] *Note.* — Contrairement à ce que dit l'auteur, il n'existe en France qu'un seul service de chirurgie des aliénés : cet asile est à Sainte-Anne sous la direction de M. Picqué (Note de la Rédaction).

Digitized by Google

lager les souffrances des aliénés, mais parfois même à guérir, en intervenant chirurgicalement, leur affection mentale, ainsi que cela eut lieu dans les cas publiés par PICQUÉ *Chirurgie des aliénés, Paris, 1901*, où l'ablation d'un staphylome de la cornée, d'un kyste de l'ovaire a déterminé une guérison complète de la psychopathie.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de M. le Dr JULES FALRET, médecin honoraire de la Salpêtrière, ancien Président de la Société Médico-Psychologique de Paris, médecin-directeur de la Maison de Santé de Vanves.

Cours de Psychologie à la Sorbonne. — M. le Dr G. DUMAS, vient d'être nommé chargé du Cours de Psychologie Expérimentale de la Faculté des Lettres de l'Université de Paris, en remplacement de M. le Dr P. Janet, nommé professeur au Collège de France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Medico-Psychologiques
(1902, 8e s., XV, n° 3, mai-juin).

Séglas (J.). Les hallucinations unilatérales (1er article). 353-368. — **Soukhanoff (Serge)** et **Tchelzoff (B.).** Un cas de polynévrite et de psychose polynévritique (maladie de Korsakoff) à la suite d'anthrax dans le cours d'une psychose mélancolique aiguë. 369-378. — **Cornu (Ed.).** Un cas de glycosurie avec mélancolie et impulsions érotiques. 393-399. — **Maupate (L.).** Du langage chez les idiots (suite et fin). 400-414. — **Dheur (P.).** De l'emploi du phosphate de codéine en pathologie mentale. 414-422. — **Sérieux (P.)** et **Capgras (J.).** Les psychoses à base d'interprétations délirantes. 441-480.

Archives d'Anthropologie Criminelle
(1902, nelle s. I n° 101, 15 mai).

Proal (Louis). Napoléon Ier était-il épileptique ?. 261-266. — **Thomas (P.).** Une famille d'aliénés et d'aliénés criminels. 278-284.

Archives de Médecine Navale
(1902, LXXVII, n° 3, mars).

Jacquemin et **Bouras.** Rapport médical sur le corps expéditionnaire de Chine (1900-1901). 161-226; n° 4, avril (fin). 241-313.

Archives de Neurologie (1902, XIII, 2e s., n° 77, mai).

Mutterer. Cas d'hystéro-épilepsie à crises distinctes, avec ecchymoses spontanées et accès de fièvre hystérique. 353-365. — **Garnier (S.)** et **Saintenoise (A.).** Observation d'hémimélie chez un aliéné. 365-370. — **Keraval (P.)** et **Raviart (G.).** Observation de paralysie générale gémellaire homomorphe (délire des négations). 370-372.

Bulletin de l'Académie de Médecine
(1902, XLVII, 3e s.).

Le Juge de Segrais. Impuissance et tabac. N° 18, 538, séance du 6 mai. — **Laborde.** Sur les accidents primitifs de la chloroformisation. N° 19, 556-573, séance du 13 mai.

Digitized by Google

Bulletin Médical (1902, 16e année).

Leroux (Charles). Dangers de la suralimentation carnée chez les enfants de souche arthritique. N° 36, 3 mai, 417-419. — **Donat (L.).** Elimination du mercure par les voies lacrymales. Epiphora mercuriel. N° 36, 3 mai. 419-420. — **Malherbe (A.).** Maladies des fosses nasales. N° 38, 10 mai. 441-445. — **Gascon.** Fièvre typhoïde à forme bulbaire. Dysphagie. 445-446. — **Raymond.** I. Hystérie avec délire. Dangers de l'hypnotisme extra-médical chez une femme de vingt-deux ans; II. Psychasthénie, alcoolisme et pratique de spiritisme. Phénomène de l'écriture involontaire chez un homme de quarante-cinq ans; III. Astasie-abasie hystérique chez un homme de trente-deux ans; IV. Maladie de Basedow et folie chez une jeune fille de dix-neuf ans. N° 44, 31 mai. 513-514.

Bulletin de la Société Libre pour l'Etude Psychologique de l'enfant (1902, 2e année, n° 7, 15 avril).

Besnard (Mme A.). Dessins d'enfants. 162-169. — **Abt.** Note sur la lecture et l'écriture chez trois enfants anormaux. 169-175. — **Mouchet (Mme).** Ames d'enfants. 175-176.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1902, 3e s., 19e année).

Vaillard. Sur un cas de fièvre nerveuse ayant simulé la fièvre malarique à type quotidien. N° 14, 1er mai. 343-349. — **Variot (G.).** Paralysie des membres inférieurs chez un garçon de huit ans causée par l'usage d'une trompette à embouchure de plomb. 368-372. — **Achard (Ch.)** et **Laubry (Ch.).** Injections salines et rétention des chlorures dans certains états morbides. 373-379. Séance du 25 avril. — **Gilbert** et **Lereboullet.** Les mélanodermies d'origine biliaire. N° 15, 8 mai, 383-384. — **Claude (H.)** et **Manté (A.).** La chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites. 424-428. Séance du 2 mai. — **Laveran.** De la fièvre nerveuse. N° 16, 15 mai. 433. — **Vaillard.** A propos de la fièvre nerveuse. N° 17, 22 mai. 450. — **Ballet** et **Delherm.** Intoxication chloralique ayant donné un tremblement et un habitus extérieur faisant penser à un début de méningo-encéphalite. 460-462. Séance du 16 mai.

Caducée (1902, 2e année).

Berthier. De la chaussure dite rationnelle. N° 9, 3 mai. 111.

Comptes-Rendus hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXIV).

Desgrez (A.) et **Zaky (Aly).** De l'influence des lécithines sur le développement du squelette et du tissu nerveux. N° 20, 20 mai. 1166-1168.

Comptes-Rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Widal et **Javal.** Des échanges nutritifs chez un myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien. N° 15, 9 mai. 495-498. Séance du 3 mai. — **Bergonié (J.).** Méthode rapide et pratique de mesure des résistances en clinique. N° 16, 16 mai. 537-539. Séance du 10 mai. — **Anglade** et **Chocreaux** (d'Alençon). La réaction de la névroglie en présence du virus rabique chez le chien (présentation de préparations microscopiques). N° 18, 30 mai. 575-577. — **Pompilian (Mariette).** Recherches sur les propriétés fondamentales du système nerveux. 586-588; — Explication du repos compensateur et de la période réfractaire. 588-589; — Explication de l'inhibition. 589-590. Séance du 24 mai 1902.

Digitized by Google

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Debove. Affection cardiaque complexe intéressant les orifices aortique et mitral. N° 40, 8 avril. 397-399. — **Du Castel.** La sclérodermie. N° 57, 20 et 22 mai. 567-570. — **Delobel (J.).** Le surmenage scolaire. N° 58, 24 mai. 582-583.

Gazette Médicale de Paris (1902, 12e s., II).

Baudouin (Marcel). Un cas de grossesse triple avec trois enfants vivants. N° 18, 3 mai. 139-140. — **Chapot-Prévost.** Chirurgie des monstres doubles : Xipho-thoracopage opéré, l'état actuel de Rosalina. N° 19, 10 mai. 145-147.

Journal de Médecine de Paris (1902, XIV, 2e s.).

Combemale (F.) et **Huriez.** La valeur thérapeutique de l'héroïne (éther diacétique de la morphine). N° 19, 11 mai. 189-191. — **Brouardel (Georges).** Les accidents du travail ; évaluation des infirmités permanentes. N° 20, 18 mai. 200-204. — **Masbrenier.** L'aliénation mentale dans l'armée. N° 22, 1er juin. 218-219.

Médecine Moderne (1902, 13e année).

Trousseau (A.). Causes de la cécité. N° 19, 7 mai. 154-155.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1902, 15e année, n° 2, mars-avril).

Raymond (F.). Sur les affections de la queue de cheval et du segment inférieur de la mœlle. 81-100. — **Ferrand (Jean).** Anatomie des lacunes de désintégration cérébrale (2 pl. en photocollographie). 101-123. — **Souques (A.).** Absence congénitale des muscles grand et petit pectoral (2 pl. en photocollographie). 131-137. — **Daniel (Gaston).** Syndrome de Little (2 pl. en photocollographie) 138-145. — **Bonnier (Pierre).** Le sens des attitudes. 146-181. — **Cestan (R.)** et **Huet (E.).** Note à propos de la topographie radiculaire des atrophies musculaires myélopathiques. 182-184.

Presse Médicale (1902).

De Lapersonne. Les complications orbito-oculaires des sinusites. N° 36, 3 mai. 423-426. — **Roger (H.).** Purpura métamérique (avec 4 fig. en noir). N° 38, 10 mai. 447-448. — **Vignes (J.).** L'adrenaline en ophtalmologie. 452. — **Ballet-Gilbert.** La mélancolie intermittente (avec 4 fig. en noir). N° 39, 14 mai. 459-462. — **Nattan-Larrier (L.).** L'expertise contradictoire. N° 40, 17 mai. 472-473.

Progrès Médical (1902, 3e s., XIV).

Darier (A.). Leçons de thérapeutique oculaire. 281-285. — **Kéraval (P.).** Traitement de l'aliénation mentale par le bain continu. N° 18, 3 mai. 286-289. — **Mirallié.** Localisations cérébrales et épilepsie jacksionnienne. N° 19, 10 mai. 299-302. — **Baratoux (J.).** Des injections de paraffine dans les cas de déformation du nez. N° 20, 17 mai. 313-315.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1902, 12e année, n° 5, mai).

Vinson (J.). La science du langage (conférences de linguistique). 155-167. — **Capitan (L.).** Hadjrat-Mektoubat ou les pierres écrites. Premières manifestations artistiques dans le Nord Africain (avec 7 fig.). 168-174.

Revue de Médecine (1902, 22e année, n° 5, 10 mai).

Marandon de Montyel (E.). Traitement du délire épileptique par l'alitement. 429-455. — **Vaschide (N.)** et **Vurpas (C.).** Le vertige psychique. 480-484.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Raymond et **Sicard (A.).** Méningite cérébro-spinale à forme de paralysie infantile. Cytodiagnostic. N° 8, 30 avril. 317-321. — **Dupré (E.)** et **Huet**

Digitized by Google

(E.). Paralysie spinale infantile localisée aux muscles du groupe radiculaire supérieur du plexus brachial. 321-324. — **d'Astros** (L.) et **Hawthorn** (E.). Syndrome de Benedikt. Tubercule solitaire du pédoncule cérébral (étage supérieur) 2 fig. N° 9, 15 mai. 377-383. — **Meige** (**Henry**). Tic et fonction. 383-389. — **Vaschide** (**N.**) et **Vurpas** (**Ch.**). Contribution à la psycho-physiologie des mourants. Deux cas de chorée chronique. 389-394.

Revue Philosophique (1902, 27e année, n° 6, juin).

Dunan (**Ch.**). La perception des corps (2e et dernier article). 569-597. — **Ribot** (**Th.**). L'imagination créatrice affective. 598-630.

Revue Scientifique (1902, 4e s., XVII).

Vaschide et Piéron. L'état mental d'un xiphopage. N° 18, 3 mai. 555-561; n° 19, 10 mai. 583-589. — **Vernes** (**Maurice**). Le saint suaire de Turin. Réponse de **Vignon** (**P.**). N° 20, 17 mai. 613-628.

Tribune Médicale (1902, 35e année, 2e s.).

Laborde (**J.-V.**). A propos de la discussion sur le chloroforme et ses accidents, à l'Académie de Médecine. A M. le docteur Henri Huchard. N° 19, 7 mai, 365-367.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, n° 148, 15 mai).

Aschaffenburg (**Gustav**). Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 289-305. — **Kowalewsky** (**P.-J.**). Podagra und Neurosen. 306-322. — **Edel** (**Max**). Berliner psychiatrischer Verein. Bericht der Sitzung vom 14. Dezember 1901. 322-331.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, band XI, heft 5, Mai).

Storch (**E.**). Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. 359-384. — **Käs** (**Theodor**). Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 384-393. — **Ziehen** (**Th.**). Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. 393-399.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Schlöss (**H.**). Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. N° 5, 3 mai, 53-56; Die statistische Commission des Vereins deutscher Irrenärzte. N° 6, 10 mai. 65-69. — **Baucke-Bonn** (**E.**). Dionin. 69-74. — **Pfaúsler.** « Schutz des Publikums vor den Psychiatern. » N° 7, 17 mai. 80-82. — **Fischer** (**Max**). Die Irrenfürsorge in Baden. N° 8, 24 mai, 89-92. — **Staringer.** Zur Frage der grossen Irrenanstalten. N° 9, 31 mai. 97-102. — **Fischer** (**Max**). Die Irrenfürsorge in Baden. 102-104; Ein Wort zur Recension des Herrn Gaupp über die « Denkschrift über die badische Irrenfürsorge. » 104-106; Mittheilungen. 106-108; Referate. 108.

ANGLETERRE

The Journal of Mental Science (1902, XLVIII, n° 201, avril).

Sibbald (**John**). The Treatment of Incipient Mental Disorder and its Clinical Teaching in the Wards of General Hospitals. 215-226. — **Brunton-Lauder.** Hallucinations and Allied Mental Phenomena. 226-261. — **Robertson** (**George M.**). Hospital Ideals in the Care of the Insane: a Statement of Certain Methods in Use at the Stirling District Asylum, Larbert. 261-289. — **Elkins** (**Frank Ashby**). Some further Remarks upon Night Nursing and Supervision in Asylums. 289-308. — **Rows** (**G.-G.**). The Bearing of Recent Research in the Posterior Root Ganglia upon the New Theories concerning the Ætiology of Tabes dorsalis. 308-312. —

Digitized by Google

White (**Ernest-W.**). A Flaw in the English Lunacy Law. 312-313. — **Revington** (**G.-T.**). Mental Conditions resulting in Homicide. 313-323. — **Sutcliffe** (**John**). An Abnormal Brain of Excessive Weight; with Pathological Report by **Delépine** (**Sheridan**). 323-327. — **Cowen** (**Thomas-Philip**). A Case of Tumour of the Frontal Lobes of the Cerebrum in which Sleep was a Marked Symptom. 327-328.

BELGIQUE

Annales de la Société Belge de Neurologie (1902, 6e année).

Ioteyko et **Stefanowska**. Anesthésie des nerfs moteurs et sensitifs. N° 7. 187-193. Séance du 25 janvier. — **Glorieux**. Un cas atypique de tabes dorsalis chez un syphilitique. N° 8. 199-200. Séance du 22 février. — **Crocq**. Syndrôme sensitivo-moteur avec hémiopie externe-bilatérale. 208-209; Tremblement hydrargyrique avec dissociation des réflexes tendineux et cutanés. 209-210. — **Ioteyko** et **Stefanowska**. Analyse des mouvements de la sensibilité dans l'anesthésie par l'éther. 210-214. — **Crocq**. Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. 214-220. — **Heidenbergh**. La contraction paradoxale de Westphall et le réflexe plantaire combiné ou paradoxo-normal. 220-221. — **Glorieux**. Crises clitoridiennes dans le tabes. N° 9. 223-225. Séance du 22 mars. — **Parhon** et **Goldstein**. Sur le réflexe plantaire contra-latéral. 225-235. — **Crocq**. Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. 235-236. — **De Buck**. A propos de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés. 236-239. — **Ioteyko** et **Stefanowska**. Analyse des mouvements et de la sensibilité dans l'anesthésie par l'éther. 239-241.

Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique (1902, n° 104, mars).

Meeus (**F.**). De la démence précoce chez les jeunes gens. 48-70. — **Morel** (**J.**). De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. 71-84 (XIIIe Congrès International de Médecine).

Journal de Neurologie (1902, 7e année).

Parhon (**C.**) et **Goldstein** (**M.**). Sur le réflexe plantaire contra-latéral. N° 8, 20 avril. 141-150. — **Bayet** (**A.**). Maladie de Friedreich et hérédosyphilis. 151-157. — **Vaschide** (**N.**) et **Vurpas** (**Cl.**). Contributions expérimentales à la psycho-physiologie des hallucinations. N° 9, 5 mai. 161-171. — **De Buck**. A propos de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés. Séance du 22 mars 1902. 171-176. — **Crocq** (**J.**). Un cas de polynévrite avec psychose. N° 10, 20 mai. Séance du 26 avril 1902. 187-190.

ÉTATS-UNIS

The Alienist and Neurologist (1902, XXIII, n° 2, avril).

Wernicke (**C.**). Outlines of Psychiatry in Clinical Lectures. 127-137. — **Moebius** (**P.-J.**). Gall's Special Organology — The Sexual Instinct — Statements and Criticism. 138-162. — **Talbot** (**Eugène-S.**). Juvénile Female Delinquents. 163-175. — **Lombroso** (**Cesare**). Puberty and Genius. 176-182. — **Spitzka** (**E-C.**). A Question of Figures. 183-194.

The American Journal of Insanity (1902, LVIII, n° 4, avril).

Hurd (**Arthur-W.**). Etiology of Paresis. 565-574. — **Dercum** (**F.-X.**). The Early Diagnosis of Paresis. 575-585. — **Wagner** (**Charles-G.**). The Compa-

Digitized by Google

rative Frequency of General Paresis. 587-595. — **Cowles (Edward)**. Treatment of Paresis; its Limitations and Expectations. 597-605. — **Krauss (William-C.)**. Heredity with a Study of the Statistics of the New-York State Hospitals. 607-623. — **Russell (William-L.)**. Senility and Senile Dementia. 625-633. — **Coriat (Isador-H.)**. Some Observations upon the Elimination of Indican Acetone and Diacetic Acid in Various Psychoses. 635-677. — **Paton (Stewart)**. Studies in the Manic-Depressive Insanity, with Report of Autopsies in Two Cases. 679-704.

The Journal of Mental Pathology
(1902, II, n° 3, avril).

Ferrari (G.-Cesare). On the Fundamental Nature of the Delusional Ideas of the Insane. 113-120. — **Spitzka (E.-C.)**. Political Assassins; Are They all Insane?. 121-139. — **Robinovitch**. The Genesis of Epilepsy Clinicaly Considered, The Pathology, Prophylaxis and Treatment of Epilepsy. 140-148.

The Journal of Nervous and Mental Disease
(1902, XXIX, n° 5, mai).

Conklin-Brush (Arthur). Coma and Catalepsy Lasting Eighteen Months. 277-279 ; Myasthenia Gravis Pseudoparalytica. 280-281 ; A Case of Morphea. 281; Report of a Case of Spinal Cord Tumor Successfully Operated Upon. 281-283 ; Scleroderma and Sclerodactylitis with Some Remarks on Its Therapeutics. 283-284; A Case of Monocular Exophthalmos. 284-285; A Case of Central Hematomyelia. 285; A Case of Cerebral Endarteritis, Probably Syphilitic. 285-286; Cerebro-spinal Syphilis. 286-287 ; Multiple Sclerosis (?). 287-288; Discussion on the Absolute and Relative Frequency of Multiple Sclerosis. 288-290; C.-R. New-York Neurological Society, January 7, February 4, 1902.

HOLLANDE

Psychiatrische en Neurologische Bladen
(1902, n° 2, mars, avril).

Bouman. Lues cerebri met eigenaardige verschijnselen. 87-99. — **Francken**. Mededeelingen nit de Klinick van Prof. J.-K.-A. Wertheim Salomonson. 100-111. — **Wellenbergh**. De zorg voor gevaarlijke krankzinnigen. 112-126. — **Reeling Brouwer**. De actueele questie der Grensgevallen. 127-150. — **Le Rütte (Jr.)**. Landbouw in verbant met de krankzinn igen verple ging. 151-159.

ITALIE

Annali di Necrologia (1902, 20e année, fasc. 1).

Bianchi (L.). Genesi e nosografia della paralisi progressiva. 5-20. — **D'Abundo (G.)**. Atrophie Cerebrali sperimentali. 21-42. — **Colucci (C.)**. Metodi e criterii per l'educabilità dei dementi. 43-78: L'allenamento ergografico nei normali e negli epilettici. 96-131.

Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale (1902, XXIII, n°s 2, 3).

Lombroso. — Enrico Ballor, detto « il martellatore » (con 4 fig. nel testo). 121-132. — **Belloni**. Il compasso indice (con 2 fig. nel testo). 133-138. — **Grandis**. Sopra la percezione delle impressioni tattili (con una fig. nel testo). 139-164. — **Portigliotti**. Un grande monomane : Fra Girolamo Savonarola (con una fig. nel testo). 165-208. — **Lombroso e Audenino**. Midriasi volontaria ed epilessia in uomo geniale (con una tavola ed una fig. nel testo). 209-218. — **Laschi**. Il « reato » di sciopero. 219-236.

Digitized by Google

Il Manicomio (1902, 18e année, n° 1).

Angiolella. Note ed appunti di anatomia patologica in alienati. 3-48. — **Del Greco.** Sull'unità fondamentale dei processi psicopatici (Saggio). 49-80. — **Pieri (Alessi e).** Les oscillazioni del ricambio materiale nell' epilettico (con tavole). 81-133.

Ricista di Patologia nervosa e mentale (1902, VII, fasc. 4, avril).

Pagano (G.). Studi sulla funzione del cervelletto. 145-152. — **Belmondo (E.).** La febbre gialla come momento eziologico in un caso di paralisi progressiva. 152-171. — **Soutzo (Al.)** (junior). Cocainismo cronico ; perturbamenti psichici in una famigiia dedita al cocainismo. 171-175.

SUISSE

Archives de Psychologie de la Suisse Romande (1902, I, n° 3, avril).

Murisier (E.). La psychologie du peuple anglais et l'éthologie politique. 261-277. — **Abramowski (E.).** La loi de corrélation psychophysiologique. 278-306. — **Claparède (Ed.).** L'obsession de la rougeur. Nouvelle classification des associations d'idées. 307-350.

LIVRES REÇUS

The Mental Functions of the brain. An investigation into their localisation and their manifestation in health and disease, par BERNARD HOLLANDER (illustrated with the clinical records of eight hundred cases of localised brain derangements and with several plates). 1901. 1 vol., in-8°, 512 p., cartonné, prix : 21 fr. London Grant Richards, 9 Henrietta Street, Covent Garden. W. C.

Les éliminations urinaires chez les Paralytiques généraux (Recherches par l'épreuve du Bleu de Méthylène), par le Dr FRANÇOIS TISSOT, de l'Université de Paris, ancien externe des hôpitaux de Lyon, interne des asiles de la Seine. 1902, 1 broch., 76 p. Librie Médle et Scientifique Jules Rousset. Paris, 36, rue Serpente.

Forty-fourth annual report of the general Board of commissioners in lunacy for Scotland, 1902, 1 broch., 168 p. Glasgow, James Hedderwick & sons, at « The Citizen » Press, St-Vincent Place.

Proceedings of the American Medico-Psychological Association at the fifty-seventh annual meeting held in Milwaukee, Wis., June, 11, 12, 13, 14, 1901. 1 vol., in-8°, 333 p., cartonné, published by American Medico-Psychological Association, 1901.

Report on dieting of pauper lunatics in asylums and lunatic wards of poorhouses in Scotland, par J.-C. DUNLOP. Supplement to the Forty-third annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. 1902, 1 broch., 98 p. Glasgow James Hedderwick & sons, at « The Citizen » Press, St-Vincent Place.

Os Alienados nos Tribunaes, I Volume illustrado com photogravuras, par JULIO DE MATTOS, 1902, 1 vol., in-8°, 288 p., broch. Lisboa, Livraria editora Tavares Cardoso et Irmão 5, Largo de Camões, 6.

Fifth annual report of the managers of the Manhattan State Hospitals at New-York to the State Commission in Lunacy for the Year ending September 30, 1900 (The Manhattan State Hospital, East-Ward's Island). 1901, 1 broch., 113 p. Albany, James B. Lyon, State printer.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (25-VI-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

RAPPORTS DE LA PSYCHIATRIE AVEC LA PSYCHOLOGIE

Par le Dr TOULOUSE

Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif
Directeur du Laboratoire de Psychologie expérimentale
à l'Ecole des Hautes Etudes

Mon but n'est pas de donner dans cette revue une nomenclature des travaux — même limitée aux principaux — concernant l'aide réciproque que se sont donnée la Psychologie et la Psychiatrie. Je désirerais plutôt montrer la position respective actuelle de ces deux sciences, indiquer quel est le caractère propre à chacune d'elles, poser quelques problèmes dont la solution dépend de leur collaboration, et dire les moyens par lesquels cette tâche semblerait devoir le mieux être remplie. Enoncer ces desiderata d'un article, c'est d'une manière déclarer qu'il ne pourra y être que très difficilement satisfait ; mon ambition est simplement de les marquer en quelques considérations générales, en m'attachant surtout à mettre en lumière le rôle de la psychiatrie dans les études des faits psychiques.

I

PLACE DES DEUX SCIENCES

La psychiatrie touche à la psychologie par une de ses parties qui est la connaissance des troubles mentaux. Etymologiquement et par la profession de ceux qui la cultivent, elle a pour but la guérison de la folie ; et en cela elle est une division de la médecine. Mais son objet principal est de connaître ces troubles mentaux qu'elle doit chercher à guérir; et par là elle est elle-même une partie de la psychologie. C'est sous cet aspect particulier que je l'envisagerai ici.

Les méthodes actuellement employées par les psychiatres et les psychologues sont différentes; les hommes se distinguent encore par leur éducation et leur existence professionnelle. L'aliéniste a été élevé dans l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie humaines; c'est un homme de clinique et de laboratoire ; le psychologue a reçu une éducation surtout littéraire et historique. Le premier a pour profession de soulager des patients ; le second enseigne généralement l'histoire des doctrines philosophiques à des élèves.

Mais ce sont là des différences contingentes, qui disparaîtront probablement un jour. En Amérique il existe un corps bien

Digitized by Google

organisé de psychologues de laboratoire et d'expérimentation, qui ne sont pas des professeurs de philosophie.

Il faut en définitive considérer les deux sciences dans leur objet ; et sous cet aspect elles sont connexes et subordonnées l'une à l'autre. C est en vain que l'on objecterait que la folie repose sur des troubles physiques qui la conditionnent et que par cela la psychiatrie est très éloignée de la psychologie ; — d'une certaine psychologie certainement, non de la psychologie telle qu'elle est virtuellement et sera dans le futur. Car, puisqu'il est admis généralement que les phénomènes de conscience sont doublés par des phénomènes physiologiques, dans toutes les circonstances et non pas seulement dans celles où il existe de l'aliénation, la psychologie ne peut pas ne pas étudier cette face des phénomènes qui s'offrent à sa connaissance.

La psychologie est en somme une science ayant un objet et des moyens qui la font entrer — comme la psychiatrie — dans le cadre de la biologie. Il est à peine besoin de dire qu'elle reste distincte de cette dernière, ainsi que le montre Herbert Spencer : « La distinction entre la biologie et la psychologie se justifie de la même manière que la distinction entre les autres sciences concrètes placées au-dessous d'elles. Théoriquement, toutes les sciences concrètes ne sont que des fragments, liés entre eux, d'une seule science qui a pour objet la transformation continuelle que subit l'univers. Pratiquement, on peut les distinguer comme étant des portions de plus en plus spécialisées de la science totale, — et spécialisées par l'introduction de facteurs additionnels..... Mais ce qui distingue la psychologie des sciences sur lesquelles elle est basée, c'est que chacune de ses propositions tient compte à la fois des phénomènes internes liés entre eux et des phénomènes externes liés entre eux, auxquels les premiers se rapportent. Dans une proposition physiologique, un rapport interne est l'objet essentiel de la pensée ; mais dans une proposition psychologique, un rapport externe se joint au rapport interne comme objet coessentiel de la pensée. Il se produit un rapport dans le milieu environnant qui a une importance de même ordre que le rapport dans l'organisme. La chose considérée est maintenant une chose totalement différente. Ce n'est plus la connexion entre les phénomènes internes, ce n'est plus la connexion entre les phénomènes externes, mais c'est la *connexion entre ces deux connexions*[1]. »

Des raisons analogues permettent de distinguer la psychiatrie

[1] HERBERT SPENCER. *Principes de Psychologie.* Traduction Ribot-Espinas, 1875, p. 132.

Digitized by Google

de la psychologie et aussi de subordonner celle-là à celle-ci. Ces deux sciences — toutes deux biologiques — ont un objet commun, qui est la connaissance des lois des fonctions nerveuses de conscience, car on ne peut concevoir qu'il y ait des lois propres à la physiologie et d'autres propres à la pathologie. « Les maladies, a dit Claude Bernard, ne sont au fond que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles qu'il s'agit de déterminer[1]. » Les vérités à découvrir sont donc les mêmes; mais les moyens employés sont un peu différents.

L'homme sain, dans un cas, l'homme malade dans l'autre, sont les matières d'observation. En fait, ces deux sciences paraissent tout à fait distinctes. Et l'on peut dire — au point de vue d'une classification générale des sciences qui ne considèrerait que les objets des sciences et non les conditions pratiques et sociales de leurs recherches, que la psychiatrie est une spécialisation de la psychologie générale.

Considérées dans cette situation idéale, la psychiatrie et la psychologie sont entre elles comme la pathologie et la physiologie générales. La différence principale entre l'étude du sain et l'étude du morbide, c'est que le premier a quelque chose de plus artificiel, attendu que le fait physiologique n'est qu'un moment presque théorique d'équilibre fonctionnel. Des deux sciences il semble donc que c'est la pathologique qui est la plus capable de faire saisir la véritable nature, c'est-à-dire — pour employer le mot propre — la *physiologie* des phénomènes.

En outre, la maladie réalise des expériences naturelles dont est privée — par définition — la physiologie. Celle-ci tire, d'habiles expérimentations sur les animaux, des conclusions qui ne peuvent s'appliquer qu'avec réserve à l'homme et qui ne valent pas les inductions ressortant des expérimentations morbides. C'est la pathologie humaine qui nous a appris ce que nous savons de plus solide sur les fonctions de la moelle et du cerveau, les centres sensitivo-moteurs et le fonctionnement du langage. Ce sont les amnésies — et notamment les amnésies traumatiques — qui ont permis de comprendre comment les souvenirs s'organisaient, formant des couches différentes dont la fixité était en rapport direct avec le temps écoulé depuis leur acquisition et d'établir la *loi de régression*, d'après laquelle, dans la disparition des souvenirs partiels ou totaux, c'est toujours « une régression du plus nouveau au plus ancien, du complexe au simple, du volontaire à l'automatique, du moins organisé au mieux organisé. (Ribot[2]). »

[1] CLAUDE BERNARD. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* 1865, 346.

[2] RIBOT. *Les maladies de la mémoire.* 8e édition, 1895, 164.

Digitized by Google

II

LES PROBLÈMES COMMUNS

Parmi les problèmes que la psychiatrie et la psychologie ont à résoudre et qui comportent des solutions générales identiques, il en est qui apparaissent plus semblables dès l'abord. Ce sont ceux-là que les travailleurs des deux territoires scientifiques limitrophes s'efforcent d'élucider ; et il y a tout intérêt à ce que ces études soient faites en commun.

Le rôle des aliénistes — initiateurs le plus souvent — a été en ces matières le plus utile. Les psychiatres du dernier siècle ont, en effet, posé la plupart des problèmes psychologiques et apporté de remarquables faits pour aider à les résoudre. L'influence du physique sur le moral et les conditions physiques des états émotionnels, l'hérédité des tendances psychiques, la vie subconsciente de l'esprit, l'automatisme psychologique et la solidarité des fonctions psychiques sont des questions qui ont préoccupé tous nos prédécesseurs. La question des rapports du physique et du moral — et par moral j'entends les fonctions de conscience du système nerveux — contient en somme toutes les autres et elle est, dans tous les cas, celle où l'utilité de la psychiatrie est le plus apparente.

RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL. — Chaque aliéniste a apporté sa contribution à l'étude des rapports du physique et du moral, qui est en somme l'objet principal de la psychiatrie. Les médecins ont en effet toujours cherché à déterminer les conditions physiques des troubles mentaux ; et d'autre part ce sont eux qui ont montré, les premiers, l'influence de certaines idées sur les fonctions physiologiques. Vouloir résumer ou seulement indiquer ces travaux demanderait des développements considérables et ce serait là une besogne peu utile. Il est plus intéressant de rechercher comment la question générale a été successivement posée.

Il faut d'abord distinguer l'*influence du physique sur le moral* et l'*influence du moral sur le physique,* qui constituent deux questions qu'on peut étudier séparément.

Influence du physique sur le moral. — La question de l'influence du physique sur le moral peut elle-même, être divisée en deux problèmes distincts. Dans un premier, il s'agit de déterminer quelle est l'influence de l'organisation cérébrale et générale de l'individu sur sa manière d'être psychique ; et dans

Digitized by Google

le second, quel est le retentissement des modifications physiologiques sur les processus mentaux du sujet.

Le premier a suscité surtout des explications anatomiques dont les plus importantes ont été des tentatives de localisations cérébrales, et le second des explications physiologiques, dont les hypothèses de réflexes et de sympathie cérébrale ou d'irritation nerveuse par auto-intoxication ont été le plus souvent agitées. Quand on parle de l'influence du physique sur le moral, on fait surtout allusion à ce dernier ordre de faits.

Influence de l'organisation. — La tendance à localiser une fonction intellectuelle dans un territoire limité de l'encéphale satisfait un besoin de ramener les fonctions psychiques aux conditions des fonctions physiologiques, où chaque organe a une destination qui paraît simple.

Gall localisa le premier, dans le cerveau, l'intelligence, la passion et la folie. Plus tard, Bouillard montra que la parole pouvait être localisée dans les lobes frontaux ; et Broca, en 1861, précisa cette localisation en indiquant son siège exact qui est le pied de la troisième frontale gauche [1]. Par les travaux d'expérimentation physiologique et d'anatomie pathologique de Fristch et Hitzig, Ferrier, Munk, Luciani, Charcot et Exner, d'autres localisations furent établies.

Dès le début, Broca prévit l'importance de sa découverte, ainsi que le note M. J. Soury : « L'anatomie pathologique de l'aphémie n'éclairait pas une question particulière : elle jetait une vive lueur sur une question bien plus haute et bien plus générale : « L'existence d'une première localisation, une fois admise, le principe des localisations par circonvolutions serait établi. » De ce principe sortirait une théorie scientifique des localisations fonctionnelles de l'écorce cérébrale. La physiologie du cerveau serait renouvelée [2]. »

Il est bon de faire remarquer en quoi cette théorie différait des hypothèses physiognomoniques de Gall et de ses imitateurs. « La doctrine moderne scientifique des localisations cérébrales, telle qu'elle résulte en particulier de la découverte de Fritsch et Hitzig, ne localise les facultés classiques de l'âme ni les organes fondamentaux de la phrénologie, parce que ces facultés et ces organes n'existent point, que ce ne sont pas des êtres, mais des rapports, des résultantes de l'activité des seules réalités connues, je veux dire les perceptions et leurs résidus, localisés,

[1] Paul Broca. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé suivie d'une observation d'aphémie. *Bull. de la société anatomique.* 1861, 2e s. VI, 330-357.

[2] J. Soury. *Système nerveux central.* 1899, I, 595.

Digitized by Google

et partant localisables, dans les différents territoires, plus ou moins nettement différenciés de l'écorce grise du cerveau [1]. »

On a pu successivement établir des rapports entre la lésion de certaines parties du cerveau, centres de mouvements systématisés, et des troubles moteurs observés dans des parties déterminées. Encore les phénomènes de suppléance qui permettent à des parties voisines ou symétriques de remplacer fonctionnellement des territoires nerveux détruits et d'autres faits d'une interprétation difficile ont-ils permis à certains esprits de déclarer qu'il n'y avait pas de réelles localisations. « Les résultats expérimentaux, soutenait Vulpian, et un bon nombre d'observations pathologiques parlent contre cette dislocation des différentes facultés » instinctives, intellectuelles et effectives. De pareilles entreprises doivent donc être « bannies de la biologie positive, c'est-à-dire de celle qui ne s'appuie que sur des faits d'observation et d'expérimentation [2] ».

La difficulté devient encore plus grande pour les localisateurs quand il s'agit de déterminer des liens entre des troubles intellectuels autres que ceux de la sensiblilité et du mouvement, — par exemple de la mémoire générale, des émotions, du jugement — et l'état du système nerveux central. Il ne parait pas y avoir — sauf pour certaines mémoires spécialisées et notamment celles du langage — des centres spéciaux pour chacune de ces fonctions qui sembleraient appartenir à chaque cellule destinée à des phénomènes d'idéation.

Flechsig [3] a montré, par sa méthode originale de l'examen de la myélinisation progressive des fibres nerveuses chez l'embryon et le nouveau-né, que des centres d'association reliaient les centres de projection ou sensitivo-moteurs. Ces centres d'association auraient chacun un rôle différent. Dans l'antérieur « se localiseraient la volonté, le moi, la conscience de la personnalité. Le centre d'association moyen, situé entre la sphère auditive et la sphère tactile, présiderait aux diverses fonctions du langage et établirait une association entre les images visuelles et les images motrices des mouvements nécessaires à la parole et à l'écriture. Le centre d'association postérieur servirait à associer nos diverses sensations visuelles, tactiles et acoustiques [4] » Il faut plutôt comprendre ces centres d'association comme des centres d'idéation générale, conditionnant les phénomènes de mémoire, de jugement, émotionnels et volitionnels.

[1] J. Soury. Ouvr. cité. I, 607-608.
[2] J. Soury. Ouvr. cité. I, 604-605.
[3] Flechsig. *Etudes sur le cerveau.* Trad. Lévi, 1898.
[4] Toulouse et Marchand. *Le cerveau.* 1901, 137-138.

Digitized by Google

L'examen nécropsique des aliénés a fourni des faits justiciables d'interprétations analogues. Dans les états démentiels, dans la paralysie générale notamment, les cellules de toute l'écorce sont altérées ; atrophiées généralement, elles présentent des contours irréguliers, des défauts dans leur constitution morphologique et leurs réactions aux colorants histologiques. Les fibres tangentielles, qui paraissent unir physiologiquement les cellules de l'écorce, perdent leur gaine de myéline. Enfin, il existe une néoformation des vaisseaux et une grande quantité de petites cellules, — globules blancs, cellules embryonnaires ou éléments névrogliques, — qui témoignent d'une réaction inflammatoire du tissu nerveux. Mais il n'a pas encore été possible d'établir un rapport bien déterminé entre chacun des troubles mentaux observés et une particularité d'altérations anatomiques. Toutefois certaines observations, de M. Sérieux[1] notamment, semblent prouver que des hallucinations psychomotrices peuvent, dans la paralysie générale, être provoquées par des lésions de la troisième circonvolution frontale. Dans la plupart des cas de folie, en dehors de la paralysie générale, de la démence sénile et organique et de l'idiotie, on ne trouve pas d'altérations nerveuses, ou bien, quand on en observe, elles ne sont pas suffisamment fréquentes pour qu'on puisse leur rapporter les troubles mentaux.

A ce point de vue donc, l'histologie nerveuse n'a pas encore satisfait la curiosité qu'elle avait éveillée. Aussi, des personnes trop impatientes en ont-elles désespéré et se sont-elles rejetées sur la physiologie qui seule serait, à leur avis, susceptible d'apporter en cette matière les notions les plus précises [2].

Cette opinion extrême paraît peu admissible, ou bien elle repose sur une interprétation spécieuse des faits ; car en effet, il est un point où l'anatomie et la physiologie se confondent. Mais si l'on veut dénier à l'anatomie — considérée dans ses moyens ordinaires — la possibilité d'explications suffisantes concernant les rapports entre les phénomènes psychiques et les états morphologiques du tissu nerveux, on se heurte à des arguments difficiles à contredire. Car les grandes fonctions motrices et celles du langage ont pu être assez nettement expliquées par des lésions anatomiques frappant certains territoires encéphaliques. Toutefois, ce n'est point pour cela une raison pour croire que l'anatomie peut, à elle seule — et seulement elle — apporter les explications recherchées. Car beaucoup de

[1] SÉRIEUX. Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez un paralytique général. *Bullet. de méd. ment. de Belgique*, juin 1894.

[2] DE MOOR et RICHET. *C. R. Congrès International de psychologie*. 1900.

Digitized by Google

modifications du tissu nerveux semblent être trop brèves et légères pour laisser des traces visibles après la mort du tissu. Or un examen anatomique suppose — tout au moins avec les procédés actuels et ceux qui nous apparaissent possibles — cette condition de l'état du tissu. Durant le sommeil, il y a des modifications énormes dans notre vie mentale, et les changements anatomiques qui les conditionnent doivent disparaître au réveil. Comment alors les saisir autrement que par l'étude physiologique?

C'est donc encore la méthode anatomo-clinique, employée par Charcot et Pitres [1], qui paraît le plus susceptible de nous apporter les plus vives lumières dans les études de ce genre. Elle participe d'ailleurs des deux systèmes de recherches, étant anatomique par l'observation nécropsique et physiologique par l'examen clinique des symptômes. C'est avec son aide que MM. P. Marie et G. Guillain ont pu récemment montrer que la capsule interne ne paraît pas avoir de localisations motrices segmentaires persistantes, ni de localisations de la sensibilité [2]; par elle aussi que MM. Vaschide et Vurpas ont récemment observé un anencéphale épileptique chez lequel il ne paraissait pas y avoir de faisceaux pyramidaux formés [3].

Mais nous pouvons déjà supposer ce que nous apporteront les recherches tendant à donner aux faits psychologiques une base anatomique. Il est peu probable que l'on trouve des localisations réellement psychologiques, par exemple des centres de la mémoire générale, de l'imagination, etc. Les hypothèses de Gall sont vraisemblablement invérifiables. Il est probable, au contraire, que les mêmes territoires nerveux sont pour la motricité et pour la sensibilité — comme cela paraît exister pour les membres — et que les mêmes cellules des centres de l'idéation doivent servir à élaborer tous les processus psychiques qui composent notre vie intellectuelle si variée. A ces divers états de perception et de rétention des images, de réflexion et d'attention, d'état émotionnel et volitionnel, de veille et de sommeil, doivent correspondre des modifications somatiques parallèles, que des procédés d'analyse anatomique pourront mettre en lumière ou qui seront étudiées dans leurs conditions physiologiques, — circulatoires, chimiques ou autres.

[1] J.-M. Charcot et A. Pitres. *Centres moteurs corticaux chez l'homme*. 1895, 15-32.

[2] P. Marie et G. Guillain. Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne ? *Semaine médicale*. 1902, 209-213.

[3] Vaschide et Vurpas. La vie biologique d'un anencéphale. *Revue générale des sciences pures et appliquées*. 1901.

Digitized by Google

Mais, chez un individu, l'organisation générale peut expliquer l'organisation cérébrale. L'étude de la première est un moyen détourné de connaître la seconde, car on peut supposer qu'il y a un rapport entre les deux. On croit que le tempérament physique et le caractère d'un individu sont le résultat de toutes les conditions de son organisation physiologique. « Ce qu'est, dit Wundt, en ne considérant qu'une face de la question, l'excitabilité par rapport à la sensation sensorielle, le tempérament l'est par rapport à l'émotion et à l'instinct. Nous pouvons discerner une excitabilité permanente et, en revanche, des oscillations continuelles de cette excitabilité; de même le tempérament apparait, se manifeste, soit comme permanent, soit sous forme d'accès (Anwandlungen) variables de tempérament qui peuvent dépendre de causes externes et internes[1]. »

Les aliénistes ont beaucoup étudié un tempérament particulier, celui des individus prédisposés à la folie. Morel pensait qu'ils s'éloignaient d'un type humain idéal et qu'ils étaient, à ce point de vue, dans un état de *dégénérescence*[2]. Cette conception s'est modifiée et a perdu chez les continuateurs de Morel, M. Magnan notamment[3], son caractère téléologique. On tend à admettre aujourd'hui[4] qu'un individu peut hériter d'ascendants aliénés ou dystrophiques (nerveux, alcooliques, syphilitiques, arthritiques) ou acquérir à la suite d'infections, d'auto-intoxications ou de traumatismes, un état nerveux anormal, caractérisé principalement par un certain déséquilibre des facultés intellectuelles, des réactions émotionnelles en désaccord avec les excitations et une grande susceptibilité aux troubles névropathiques et psychopathiques.

Cette doctrine a été d'abord indécise et vague. Les auteurs affirmaient, plus qu'ils ne pouvaient prouver, l'existence de ce tempérament spécial dont les caractères étaient très nombreux et imprécis et les limites indéterminées. Dans ces derniers temps, il y a eu diverses tentatives pour apporter à la solution du problème des faits plus contrôlables. La méthode expérimentale a donné les moyens de dire — pour certains cas — comment les maladies des ascendants ou les troubles du développement embryonnaire retentissaient sur l'organisation anatomique et physiologique des descendants. M. Dareste[5]

[1] W. Wundt. *Psychologie physiologique*. 1886. II, 390-391.
[2] Morel. *Traité des dégénérescences*. 1857.
[3] Magnan et Legrain. *Les dégénérés*. Collection Charcot-Debove.
[4] Toulouse. *Les causes de la folie*. 1896, 52-64.
[5] Ch. Dareste. *Recherches sur la production artificielle des monstres*. 2e Edit., 1891.

Digitized by Google

et M. Féré [1] ont de la sorte étudié le développement des embryons d'oiseaux développés dans des œufs, dont ils troublaient le développement embryonnaire par des traumatismes ou par l'action de divers poisons minéraux et organiques. M. Charrin a poursuivi des recherches analogues sur des mammifères, dont il altérait le développement intra-placentaire par des infections communiquées aux géniteurs [2]. Les vices de constitution et les monstruosités, les défauts de composition des éléments chimiques des tissus et la moindre résistance aux causes de mort devenaient des faits positifs qui montraient les conséquences héréditaires des maladies des ascendants et donnaient à la prédisposition morbide un sens biologique plus concret.

Par contre d'autres auteurs montraient que l'hypothèse d'une prédisposition nerveuse, c'est-à-dire d'une mauvaise organisation cérébrale était inutile ou insuffisante dans certains cas où les troubles mentaux étaient actionnés par des causes physiques saisissables. M. Klippel a montré le rôle joué par les altérations des cellules hépatiques qui empêchent le foie — notamment dans l'alcoolisme — de détruire les poisons et facilitent ainsi les infections [3]. M. Vigouroux, s'inspirant de ces idées, a observé un certain nombre de faits où les troubles mentaux semblaient provoqués par des intoxications amenées par une insuffisance hépatique [4]. Il est permis d'espérer que tous ces travaux cliniques et de laboratoire indiqueront aux psychologues une voie plus sûre pour l'étude de la psychologie individuelle, dont les racines physiologiques sont démontrées par l'étude des cas pathologiques.

Influence des modifications physiologiques. — Mais la question de l'influence du physique sur le moral a un autre aspect. Lorsqu'on observe un individu on remarque que des modifications plus ou moins grandes dans son organisation physiologique, par exemple une maladie ou le travail de la digestion, le travail musculaire, un choc physique, provoquent des modifications dans les fonctions intellectuelles.

C'est un médecin psychologue, Cabanis [5], qui, s'inspirant des conceptions de Locke et de Condillac sur l'origine sensorielle de nos idées, a eu le premier le mérite de poser avec beaucoup

[1] FÉRÉ. *La famille névropathique.* 2e Edit., 1898, 239-252.

[2] CHARRIN. Soc. de Biologie, 1895-1896.

[3] KLIPPEL. Délire et auto-intoxication hépatique. *Revue de Psychiatrie,* 1897, 227, 233.

[4] A. VIGOUROUX. Délire et insuffisance hépatique. Soc. médico-psychologique, 30 juin 1902.

[5] CABANIS. *Traité du physique et du moral de l'homme.* Douze mémoires, 1802, in *Œuvres complètes*, Didot, 1824, III et IV.

Digitized by Google

d'ampleur le problème des rapports du physique et du moral en insistant surtout sur l'action des modifications physiologiques. Cabanis se demande si les processus de l'intelligence sont liés aux fonctions de la vie végétative : « En supposant qu'il nous fût permis de répondre par l'affirmative aux diverses questions énoncées ci-dessus, les opérations de l'intelligence et de la volonté se trouveraient confondues à leur origine avec les autres mouvements vitaux : le principe des sciences morales, et par conséquent ces sciences elles-mêmes rentreraient dans le domaine de la physique ; elles ne seraient plus qu'une branche de l'histoire naturelle de l'homme... Il résultera, je crois, de la lecture de cet écrit (*Les Rapports du Pysique et du Moral)* que tel est en effet la base des science morales. »

Dans ses douze mémoires sur la question, Cabanis fait l'histoire physiologique des sensations et essaie — à l'aidé de faits d'observation — de déterminer l'influence des âges, des sexes, des tempéraments, des maladies, du régime et des climats sur les idées, les sentiments et le caractère. Dans un de ses chapitres, il présente quelques considérations sur le sommeil et le délire ; et ailleurs il traite de l'influence du moral sur le physique. Ces mémoires, qui eurent un succès considérable, sont connus de tous et cités partout. Ils sont pleins d'une observation médicale, nourrie de connaissances philosophiques.

Cabanis ne fut pas le créateur d'un système, ni même le patient chercheur qui apporte des documents cliniques minutieusement vérifiés. Il fut plutôt une sorte d'agitateur d'idées et de savant vulgarisateur ; et comme tel il eut une grande influence sur les médecins et les psychologues de tout le XIXe siècle.

Cabanis expliquait les modifications du moral sous l'influence de variations physiologiques par le moyen des sensations qui pouvaient provoquer même les troubles mentaux : « Puisque l'état des viscères, dit-il, peut intervertir entièrement l'ordre des sentiments et des idées, il peut donc occasionner la folie, qui n'est autre chose que le désordre ou le défaut d'accord des impressions ordinaires ; c'est en effet ce qu'on voit arriver fréquemment. Mais on observe aussi des délires qui tiennent aux altérations survenues dans la sensibilité de plusieurs autres parties internes [1]. »

Il est certain que l'état de nos organes sensoriels réagit sur nos perceptions. La fatigue des nerfs sensoriels, qui doit s'accompagner de modifications matérielles, a aussi une action sur les perceptions, mais toutefois dans une proportion moindre que

[1] Cité par MOREL. *Traité des maladies mentales.* 1860, 329.

Digitized by Google

la distraction qui survient rapidement dans toute excitation sensorielle continue [1].

Lorsque les organes sensoriels de relation sont altérés, à leur extrémité, sur leur trajet ou dans leur centre, les perceptions correspondantes sont faussées. Des illusions ou des hallucinations peuvent survenir, qui sont entretenues par le trouble sensoriel, ainsi que le prouvent les cas où elles disparaissent avec ce dernier trouble [2]. Lorsque l'altération siège d'un seul côté, les troubles hallucinatoires peuvent être localisés du même côté ; une catégorie d'hallucinations unilatérales ont cette cause [3]. Et dans certains cas on peut supposer que la lésion pathologique siège dans le centre de l'écorce [4] conformément à la théorie de Tamburini [5].

Dans certaines maladies nerveuses, les perceptions sont plus ou moins altérées. M. Klippel [6] a montré que, dans le tabes, les troubles olfactifs sont sous la dépendance de lésions frappant des nerfs spéciaux. Dans la paralysie générale, j'ai montré, avec M. Vaschide [7] et après Auguste Voisin [8], l'importance des troubles olfactifs, vraisemblablement causés par des lésions des appareils sensoriels.

Les troubles sensoriels peuvent être causés par des modifications purement fonctionnelles des organes des sens. C'est ainsi que, dans l'épilepsie — ainsi que je l'ai observé avec M. Vaschide [9] — la sensibilité olfactive devient plus grande — au moment de l'éréthisme nerveux de l'aura, pour s'annihiler durant la crise et rester émoussée dans la période de temps consécutive.

On comprend que les troubles des nerfs de relation puissent avoir un retentissement sur l'état psychique. « La sensibilité des aliénés, dit Esquirol [10], est pervertie ; ces malades n'ont plus,

[1] TOULOUSE et VASCHIDE. La fatigue olfactive. *C. R. Soc. de Biologie*, 1899, 913.

[2] TOULOUSE. *Les causes de la folie*. 1896. 306-309.

[3] TOULOUSE. Les Hallucinations unilatérales. *Gazette des Hôpitaux*. 1892, 609.

[4] TOULOUSE. Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau. *Gazette des Hôpitaux*. 1892, 594.

[5] TAMBURINI. La théorie du siège de l'hallucination. *Revue scientifique*. — 1892, 609.

[6] M. KLIPPEL. Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes. *Archives de neurologie*, 1897, III, 257.

[7] TOULOUSE et N. VASCHIDE. Recherches expérimentales sur la sensibilité olfactive dans la paralysie générale. *Revue de psychiatrie*. 1902, 44.

[8] A. VOISIN. *Traité de la paralysie générale*. 1879, 39-41.

[9] TOULOUSE et N. VASCHIDE. Influence des crises épileptiques sur l'olfaction. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 740.

[10] ESQUIROL. *Des maladies mentales*. 1838, 751-752.

Digitized by Google

avec le monde extérieur, que des rapports anormaux, par conséquent douloureux Tout les blesse, tout les déchire, tout leur est odieux. En opposition permanente avec tout ce qui les entoure ; ne comprenant point ce qu'on leur dit, ne saisissant pas les raisonnements qu'on leur adresse, ils en concluent qu'on les trompe ; ils prennent pour des injures, pour de l'ironie, pour des provocations, le langage le plus franc, le plus sérieux et le plus tendre. Les régimes, les prohibitions réclamées par leur état, auxquelles on essaie de les astreindre, leur paraissent des persécutions insupportables, des contrariétés horribles. L'aliéné est en proie à des soupçons qui mettent le comble à sa perversion morale. De là cette défiance symptomatique que l'on observe chez presque tous les aliénés, même chez les maniaques qui paraissent si audacieux et si téméraires. Ce symptôme, qui s'accroît par les contrariétés imaginaires ou réelles, par des traitements maladroits, augmente avec le progrès de la maladie, avec la perturbation et l'affaiblissement de l'intelligence ; il imprime, sur la physionomie des aliénés, un caractère spécifique facile à saisir, surtout dans la lypémanie et dans la démence, lorsque celle-ci n'est point arrivée au dernier degré de l'oblitération de l'intelligence. »

Griesinger a fait les mêmes remarques : « Une tout autre espèce d'anesthésie, qui porte bien plus sur l'acte intellectuel le plus intime de la sensation, c'est celle dont nous entendons parfois les aliénés, et en particulier les mélancoliques, se plaindre. Je vois, j'entends, je ressens, disent les malades, mais je ne peux pas percevoir la sensation ; c'est comme s'il y avait un mur entre moi et le monde extérieur [1] ».

Cotard a insisté sur les troubles anesthésiques que l'on rencontre chez les hypocondriaques et chez les négateurs. « Le délire hypocondriaque de négation est souvent lié à des altérations de la sensibilité. L'anesthésie est fréquente dans la stupeur où elle a été signalée par tous les auteurs, on la rencontre aussi chez quelques mélancoliques anxieux ; chez d'autres, il semble qu'il y ait au contraire hypéresthésie, les malades ne veulent pas se laisser approcher, ils crient dès qu'on les touche et répètent sans cesse : Ne me faites pas de mal ! Dans quelle mesure ces altérations de la sensibilité concourent-elles au développement du délire hypocondriaque de négation ? C'est là une question de pathogénie que je ne veux point essayer d'élucider. Je me borne à les signaler comme caractère différentiel des deux délires hypocondriaques ; fréquentes chez les négateurs, elles sont tout à fait rares chez les persécutés [2] ».

[1] GRIESINGER. *Des maladies mentales*. Trad. Doumic. 1865, 95.
[2] J. COTARD. *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*. 1891, 323.

Digitized by Google

Cotard, qui a bien mis en lumière l'influence des troubles cœnesthésiques sur l'apparition des délires hypocondriaques et de négation, rapportait à ces troubles les altérations de la volonté : « L'origine interne des volitions, le moi, se modifie et s'altère par les lésions psycho-motrices, comme le milieu extérieur se modifie et s'altère sous l'influence des lésions psycho-sensorielles [1] ».

La plupart des délires systématisés, ceux de persécution par exemple, reposent sur des hallucinations et sont entretenus par celles-ci, Les altérations des nerfs de la sensibilité interne, de ceux qui pénètrent dans nos tissus et nos viscères, déterminent des troubles cœnesthésiques qui dominent notre état psychique surtout au point de vue du ton affectif. « Il reste bien avéré pour nous, déclarait Morel [2], qu'une foule d'idées délirantes et d'actes de même nature peuvent naitre pour ainsi dire spontanément chez les aliénés, sous l'influence des sensations internes qui nous occupent ».

Les troubles sensoriels tendent donc à modifier l'état mental général. « Les illusions, si fréquentes chez les aliénés trompent ces malades sur les qualités, les rapports et les causes des impressions actuellement reçues, et leur font porter des jugements faux sur leurs sensations internes et externes ; la raison ne rectifie pas l'erreur [3] ».

Mais les troubles des sensations ne sont pas les seules qui retentissent sur notre état mental. Toutes les altérations des fonctions de la vie animale et végétative ont des influences analogues. Je ne peux que les signaler ici brièvement.

La circulation paraît commander l'activité générale de l'esprit [4]. Dans les périodes de dépression de la folie circulaire, le pouls est plus lent et la pression plus faible. Et tout retour d'une activité intellectuelle plus grande est marquée par un pouls plus rapide et une tension artérielle plus grande [5].

La respiration prête à des observations analogues.

L'action de la digestion sur l'état mental est bien connue. Les dyspepsies et tous les troubles dans les actes de la digestion portent le sujet à s'observer, à s'occuper de ces processus de la vie végétative et à créer ainsi de véritables délires hypocondriaques. C'était l'opinion de Kant. « Je n'ai considéré les phénomènes de ces maladies que dans l'âme, sans vouloir en découvrir

[1] Cotard. *Etude sur les maladies cérébrales et mentales*. 1891. p. 370.
[2] Morel. *Traité des maladies mentales*. 1860, 332.
[3] Esquirol. *Des maladies mentales*. 1838, I, 204.
[4] Toulouse et Vaschide. Mesure de la pression du sang chez les aliénés. *C. R. Acad. des Sciences*. 1901, CXXXIII, 833-835.
[5] Roubinovitch et Toulouse. *La mélancolie*. 1897, 219.

Digitized by Google

la *racine, qni est, à proprement parler dans le corps*, et qui peut bien avoir son siège principal plutôt dans l'appareil digestif que dans le cerveau..... Pour peu qu'on fasse attention aux exemples, on s'assurera que c'est d'abord le corps qui souffre [1]. »

Esquirol avait fait là-dessus des observations cliniques précises. « Presque toujours, dit-il, au début et quelquefois dans le cours des maladies mentales, les fonctions digestives sont primitivement ou secondairement troublées ? les aliénés trouvent un mauvais goût à tous les aliments qu'on leur présente, d'où ils concluent que ces aliments sont empoisonnés ; ils les rejettent avec fureur ou avec effroi. Ce phénomène provoque encore, chez ces malades, l'aversion pour les personnes qui les soignent, et cette aversion est d'autant plus énergique, que ces personnes leur étaient plus chères et plus dévouées : qu'y a-t-il de plus affreux que la crainte d'être empoisonné par ceux qu'on aime ? Cette crainte et la répulsion des aliments cessent après peu de jours, soit par la diète, soit après quelques évacuations, lorsque l'embarras gastrique ou l'irritation de l'estomac sont dissipés [2]. » Cette question a été maintes fois étudiée et dernièrement encore par M. Pron [3].

Les troubles des organes génitaux prédisposent quelquefois aux perversions sexuelles D'autre part, la continence peut pousser à certains désordres. Il arrive aussi que des excitations anormales dans les organes sexuels ont des conséquences sur l'état mental,

Mais c'est dans la nutrition générale, dont le tempérament est l'expression, qu'est la base de ce que les psychologues appellent le caractère [4]. C'est dans cette organisation générale et le jeu de toutes les fonctions d'un individu qu'il faut chercher les signes des états anormaux, que présentent les névropathes, les individus à instincts vicieux et aussi les hommes supérieurs. En ces matières, l'observation directe est seule capable d'apporter quelque lumière. J'ai montré par mon observation de M. Emile Zola [5] que ce procédé d'étude était applicable à ce travail.

Le sommeil est uue des fonctions les plus générales du système nerveux. Il est conditionné physiologiquement par des

[1] J. Soury. Ouv. cité, 487.

[2] Esquirol. Ouv. cité, I, 221.

[3] Pron. *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques.* Th de Paris, 1901.

[4] Voir Malapert. *Le Caractère.* 1902 (Bibliothèque de Psychologique expérimentale).

[5] Toulouse. *Enquête médico-psychologique sur la supériorité intellectuelle; Emile Zola.* 1896.

Digitized by Google

phénomènes que les auteurs étudient depuis peu de temps[1]. Je ne puis rien dire ici des autres modifications physiologiques qui, comme la menstruation et la grossesse, ont des retentissements psychiques.

Dans ces derniers temps on a cherché à établir des rapports étroits entre les états émotionnels et les modifications physiologiques, surtout ceux portant sur la circulation. Les théories de Lange et de W. James ont été souvent exposées. Ces deux théories, qu'on réunit d'habitude, sont cependant distinctes, ainsi que le montre M. G. Dumas : « Lange fait de l'émotion la conscience des phénomènes circulatoires et des phénomènes trophiques, moteurs et sensibles que la circulation lui paraît tenir sous sa dépendance ; pour lui, l'émotion est donc une réalité mentale bien distincte de la représentation, et c'est du corps non de la pensée qu'elle reçoit les lois qui la gouvernent. James se fondant sur un principe courant de la physiologie contemporaine donne une forme plus moderne encore à la même thèse. Le cerveau n'a pas de sensibilité spéciale nous affirment les physiologistes et dès lors, pense James, toutes les sensations émotives que nous pourrions être tentés de lui attribuer doivent reconnaître une origine périphérique ; un sentiment devra donc se décomposer d'une part en phénomènes organiques et viscéraux, de l'autre en impressions confuses des cellules corticales correspondant à ces phénomènes périphériques et déterminées par eux. C'est là évidemment la formule la plus moderne et la plus scientifique de la thèse physiologique[2]. »

M. Sergi a présenté aussi une théorie physiologique des émotions, proche de celle de James-Lange, mais plus large en ce qu'il accorde une grande place aux phénomènes périphériques autres que les modifications vasculaires, et différente en ce qu'il admet l'existence d'un centre émotionnel bulbaire : « Tous les phénomènes émotionnels ont leur siège physique dans la vie organique de nutrition, en un centre complexe dont dépend cette vie organique, dans le bulbe, sans autre participation du cerveau supérieur que celle provenant de la conscience ou de la révélation psychique du phénomène lorsqu'il se produit[3]. »

[1] KLIPPEL et LOPEZ. Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les affections aiguës. *Revue de Psychiatrie*, 1900, 97-103. — KLIPPEL et TRENAUNAY. Un cas de rêve prolongé d'origine toxi-infectueuse. *Revue de Psychiatrie* 1900, 161-170. — N. VASCHIDE et PIÉRON. *La Psychologie du Rêve*. 1902 (Les actualités médicales). — N. VASCHIDE. Les Recherches expérimentales sur les rêves. *Revue de Psychiatrie*, 1902, 145-165.

[2] G. DUMAS. *La Tristesse et la Joie*. 1900, 400-401

[3] G. SERGI. *Les Emotions*. Trad. Pétrucci, 1901, 162. (Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale).

Digitized by Google

MM. Pitres et Régis, qui inclinent à admettre la théorie physiologique et périphérique des émotions, soutiennent dans leur récent ouvrage sur les *Obsessions et les Impulsions* que « dans l'évolution de l'éreutophobie, la tendance à rougir survient d'habitude plus ou moins longtemps avant l'émotion anxieuse et que les différences d'intensité de la folie sont chez beaucoup en rapport avec les variations de l'aptitude à rougir suivant les temps et les moments, ce qui paraît venir à l'appui des idées de Lange sur le rôle actif des modifications vaso-motrices dans le processus des émotions [1]. »

La théorie physiologique de James et Lange a eu un grand succès de discussion. Elle a été adoptée et développée en France par M. G. Dumas, qui a consacré à son étude une grande partie de son livre de recherches expérimentales sur la question [2].

J'ai, avec M. Roubinovitch, discuté ailleurs cette théorie et je me tiens à l'opinion que nous avons exprimée. « On peut objecter à la théorie de Lange que l'antériorité des gros phénomènes physiques étudiés, et notamment celle des modifications vaso-motrices, n'a pas encore été prouvée expérimentalement et paraît même douteuse, puisque, lorsqu'on provoque une émotion chez un sujet dont on prend le pouls capillaire, la réaction vaso-contrictive s'inscrit sensiblement après la perception de l'état émotionnel. D'ailleurs ces réactions musculaires ne seraient, même dans l'explication précitée de M. Dumas, que les effets de modifications supposées dans les centres cérébraux. Alors pourquoi ne pas admettre que ces dernières sont les véritables conditions du fait de conscience si précoce? Ces phénomènes, actuellement hors de nos explorations, pourraient tout aussi bien être éveillés par des intoxications (tartre stibié), par les troubles de la nutrition liés aux psychoses, par une idée, et produiraient à leur tour les signes musculaires et vasculaires de l'émotion, lesquels seraient ainsi, selon l'opinion ancienne, postérieurs au fait de conscience [3]. » Cette opinion a paru être partagée dans son idée générale par M. G. Dumas qui expose des conceptions analogues dans la conclusion de son livre sur la *Tristesse et la Joie* [4].

Ce que je désire faire remarquer ici, c'est que la plupart des arguments importants qu'on a apportés dans ce débat ont été fournis par l'examen des aliénés ; et la bibliographie de cette seule question montrerait quelle part importante la psychiatrie

[1] PITRES et RÉGIS. *Les Obsessions et les Impulsions*. 1902, 195. (Bibliothèque de Psychologie expérimentale).

[2] G. DUMAS. *La Joie et la Tristesse*. 1900.

[3] ROUBINOVITCH et TOULOUSE. *La mélancolie*. 1897, 45-56.

[4] G. DUMAS. *La tristesse et la joie*. 1900.

Digitized by Google

peut apporter aux recherches de psychologie expérimentale. La question des émotions est d'ailleurs un des exemples les plus propres à prouver son utilité à ce point de vue. Car, où peut-on — ailleurs que chez des aliénés — trouver des sujets plus instructifs? Les uns, comme les mélancoliques ou les mégalomanes par exemple, réalisent des types d'émotionnés chroniques; d'autres, les phobiques, peuvent présenter — véritablement et d'une manière intense — des formes d'émotions passagères. En dehors de ces malades, les expériences sur les émotions sont souvent très artificielles.

Il y a lieu de faire remarquer que la théorie de Lange-James était celle des aliénistes pour expliquer certaines idées délirantes. « Le malade, disait Griesinger, se sent en proie à la tristesse; or il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses : de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et autant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà, ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions, qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pendant quelque temps. Aussi ce délire a-t-il le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état [1] ».

Cotard fit, en 1877, des remarques analogues. « Les états pathologiques du système nerveux qui précèdent l'apparition des troubles psychiques se traduisent fréquemment par une impressionnabilité extrême, par une aptitude à la douleur tant physique que morale, et par des souffrances de toute sorte. Cette impressionnabilité est le fond sur lequel se développent les troubles de la sensibilité morale, les états émotifs que nous avons signalés au début de cette étude [2]. »

Plus tard, M. Séglas a aussi développé ces idées : « Le délire se présente seulement lorsque la maladie, une fois constituée, a déjà passé par la période de début que nous avons étudiée en détail, et qui n'est le plus souvent d'autre part, qu'une tentative d'interprétation de l'état d'anéantissement profond, de douleur morale ou des causes qui l'ont produit, dont le patient cherche la raison sans envisager les conséquences [3]. » D'autre part MM. Klippel et Dumas [4] montrèrent

[1] GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*. Traduction Doumic. 1865, 269.

[2] J. COTARD. *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*. 1891, 278.

[3] SÉGLAS. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Recueillies par Henry Meige, 1895, 299.

[4] V. KLIPPEL et G. DUMAS. Des paralysies vaso-motrices dans leur rapport avec l'état affectif des paralytiques généraux. *C. R. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. (Session de Bordeaux)*, 1896, II, 291.

Digitized by Google

que, chez les paralytiques généraux, l'état de satisfaction était en rapport avec la vaso-dilatation qui résultait de la paralysie des vaso-constricteurs.

Ce sont donc les aliénistes qui ont les premiers exposé et développé ensuite la théorie périphérique des émotions. Mais ils ne l'appliquaient qu'à une catégorie de faits. Or en dehors de ces cas, la théorie de James-Lange ne paraît pas exacte. Et il semble que la vieille théorie, qui accorde au cerveau le rôle primitif dans la génèse des émotions, soit la plus vraisemblable. Cette opinion a été reprise par des physiologistes et notamment par M. François Franck [1]. Enfin un fait expérimental, que la psychiatrie nous a fourni, a récemment été apporté au débat par MM. Vaschide et Marchand [2].

Je me suis contenté de rappeler quelques faits bien connus pour montrer l'influence des modifications physiologiques sur l'état mental. La littérature médicale est pleine de ces observations et il serait impossible de rapporter seulement les principales. L'intérêt est ailleurs. Une première question se pose à ce sujet, à savoir lesquels des phénomènes mentaux ou des phénomènes physiologiques sont les déterminants des autres? Il n'est pas toujours facile de l'établir. Ainsi par exemple, lorsque dans la folie circulaire, la malade entre dans la phase de dépression, on pourrait tout aussi bien soutenir que son activité physique diminue parce que son activité cérébrale se ralentit que le contraire.

C'est le lieu de montrer ici la supériorité de la méthode expérimentale qui, en provoquant un des deux états, permet d'établir lequel suit l'autre. En opérant ainsi, MM. Vaschide et Marchand, étudiant expérimentalement un cas d'émotivité morbide, ont pu prouver que chez leur malade les troubles respiratoires enregistrés graphiquement n'étaient nullement consécutifs aux faits de conscience.

Une autre question que l'on doit étudier est celle-ci : Comment les modifications physiologiques agissent-elles sur le moral ? A cela les aliénistes ont répondu par des hypothèses de modifications reflexes ; et pendant un temps la folie sympathique a été en grand honneur. On admettait que les modifications dans les viscères provoquaient — par voie réflexe — c'est-à-dire par simple excitation des nerfs se transmettant jusqu'au cerveau, des changements dans l'état mental. Plus tard on a proposé des explications plus psychologiques. Le sujet raisonnait ses sensa-

[1] FRANÇOIS-FRANK, Académie de médecine, 1900.

[2] N. VASCHIDE et L. MARCHAND. Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions à propos d'un cas d'éreutophobie. *Revue de Psychiatrie*, 1900, 103-108.

Digitized by Google

tions nouvelles et donnait des interprétations qui pouvaient être morbides.

Dans ces derniers temps, une explication d'apparence plus concrète a été proposée. Les troubles des viscères agissaient surtout par auto-intoxication, c'est-à-dire par l'irritation cérébrale causée par les produits non suffisamment modifiés par ces organes. Ces explications, recevables dans certains cas, ont été bien défendues par M. Klippel pour démontrer l'influence des altérations du foie sur l'état mental, ainsi que je l'ai signalé plus haut.

Il reste toujours à expliquer pourquoi telle modification physiologique provoque telle modification mentale. Mais nous sommes arrivés à des explications d'une telle complexité qu'il faudra amasser de nouveaux faits et les mieux critiquer pour poursuivre cette tâche dans des conditions favorables. Pendant un temps on tendait à supposer que les divers états émotionnels étaient conditionnés par des troubles circulatoires d'une certaine nature, on se demandait par exemple si l'hypertension et l'hypotension ne pouvaient pas expliquer les émotions de tonalités différentes. Il a fallu — devant la complexité des faits — rejeter cette hypothèse trop simple. Il est probable que les conditions physiologiques des états psychiques sont justiciables des mêmes explications que les localisations anatomiques des fonctions intellectuelles. Il nous a fallu en effet admettre que les fonctions psychiques complexes ne pouvaient pas être localisées dans un territoire anatomique ou un élément histologique. Il doit en être de même pour les conditions physiologiques des états mentaux, qui ne paraissent pas être sous la dépendance d'une variation circulatoire, thermique ou autre, mais plutôt sous la dépendance d'une variation de plusieurs conditions somatiques.

Influence du moral sur le physique. — Il est bon pour terminer cette revue rapide des « Rapports du physique et du moral » de signaler que les psychiatres ont étudié aussi l'influence réciproque du moral sur le physique et éclairé ainsi le fonctionnement de l'esprit. La suggestion a été l'objet de travaux trop connus pour que je ne me dispense pas de les signaler ici. Il en est de même de l'idée fixe, à l'étude de laquelle des contributions importantes ont été apportées par MM. Raymond et Janet [1].

Mais en dehors de ces faits, il reste beaucoup de documents montrant que les fonctions physiologiques sont sous la dépendance des modifications psychiques. L'acte de serrer un objet

[1] F. Raymond et P. Janet. *Névroses et idées fixes*. 2 vol., 1898.

Digitized by Google

avec les doigts de la main a été considéré comme un acte psychique. J'ai montré que l'étude des aliénés confirmait cette idée générale. En effet dans mes expériences dynamométriques, j'ai établi que la force musculaire était — dans cet acte — en rapport direct de la lucidité et en rapport inverse de la faiblesse intellectuelle des sujets [1].

L'attention commande tous nos actes physiologiques et notamment nos perceptions. J'ai montré, avec M. Vaschide [2], les variations très grandes de la sensibilité olfactive en rapport avec l'attention sensorielle.

Mais ce n'est pas tout ; et ce serait voir les choses d'une manière étroite et peu psychologique que de ne considérer l'intelligence que comme conditionnée par le corps ou dirigeant ce dernier. L'intelligence agit sur elle-même. A ce point de vue, la conception de la pathogénie des délires doit être envisagée moins simplement que certains psychiatres ne le font. Pour eux les délires ont des causes uniquement physiologiques. Or il est des délires qui peuvent s'expliquer — avec une organisation cérébrale particulière d'ailleurs mal connue — par le simple jeu des processus psychiques. Et cela paraît évident lorsque on examine l'évolution de certains délires. Foville avait montré un des premiers que le persécuté devenait mégalomane par un simple raisonnement [3] ; s'il était en butte à tant de mauvaises manœuvres, pensait-il, c'est qu'il devait être détenteur de quelque fortune secrète. Dans ces derniers temps, divers travaux de Cotard [4], de MM. Séglas [5], Raymond et P. Janet [6], Ducasse et Vigouroux [7], Sérieux [8] et les recherches systématisées de MM. Vaschide et Vurpas [9] ont montré l'importance de ce travail de l'es-

[1] TOULOUSE. Notes sur quelques expériences dynamométriques chez les aliénés. *C. R. Soc. de Biologie* 1893. 121-128.

[2] TOULOUSE et VASCHIDE. Attention et distraction sensorielle. *C. R. Soc. de Biologie*. 1879, 964.

[3] FOVILLE. *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. 1871.

[4] COTARD. *Etude sur les maladies cérébrales et mentales*. 1891.

[5] SÉGLAS. Ouvr. cité, *passim*.

[6] RAYMOND et P. JANET. *Névroses et idées fixes*, ouvr. cité. — P. JANET. *L'automatisme psychologique*, 2e édition, 1894 ; *Etat mental des hystériques*, 1892.

[7] DUCASSE et VIGOUROUX. Du délire systématisé. *Revue de Psychiatrie*, 1900, 50-59, 72-82.

[8] SÉRIEUX. Les psychoses à base d'interprétation délirante. Soc. méd. psychologique, 24 février 1902.

[9] N. VASCHIDE et CL. VURPAS. *Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoires)*. Voir divers mémoires : *Rec. speriment. di Freniatria*, 1901, XXVII, 179-186 ; *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1901, 238-251 ; *Centralblat für*

Digitized by Google

prit sur l'esprit. C'est par cette analyse psychologique des troubles mentaux que l'on pourra arriver à comprendre ce que sont le sub-conscient et aussi l'automatisme psychologique[1], dont la folie n'est qu'un des modes particuliers et typiques.

III

LES MOYENS

L'avenir d'une science est le lié au choix d'une méthode et à l'éducation du personnel apte à s'en servir.

Pour déterminer les conditions les plus favorables à la solution des problèmes communs à la psychologie et à la psychiatrie, il est utile de procéder par voie de comparaison et de rechercher les causes des progrès des sciences naturelles et notamment de la physiologie générale.

C'est la méthode expérimentale qui a permis à la physiologie et à la médecine de faire des progrès rapides et sûrs Peut-on l'appliquer à la psychologie normale et pathologique[2] ? Avant de répondre à cette question, essayons de préciser ce que peut être l'expérimentation employée dans ces sciences. Claude Bernard l'a exactement définie, pour la physiologie et la médecine[3], dans des termes qui peuvent s'appliquer à ce qui nous occupe ici. Une expérience n'est pas seulement, comme le disait Zimmermann, une observation où l'observateur joue un rôle de provocateur. Claude Bernard montre en effet que si, pour étudier la digestion, le physiologiste établit une fistule gastrique, il fait là certainement une expérience active en ce qu'il est intervenu pour provoquer l'apparition de phénomènes cachés. Mais lorsque W. Beaumont, ayant à soigner un chasseur canadien atteint d'une blessure stomacale, conserve à la chute de l'eschare une fistule qui lui permet de faire ses instructions comparatives, son observation n'est différente de la première que par l'intention. Aussi est-on autorisé à dire qu'il a fait là aussi une expérience que l'on peut appeler *passive* pour la distinguer de la première. Il y a donc deux sortes d'expériences, celles qui

Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901, XXIV, 475-491 ; *Revue Scientifique*, 1901, 2e sem. 171-177 : *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1902 ; *The Journal of mental pathology*, 1902, 57-68.

[1] BAILLARGER. Théorie de l'automatisme (1845). *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, I, 494-500.

[2] TOULOUSE. L'Evolution de la psychologie. *Revue de Psychiatrie*. 1900 257-261.

[3] CLAUDE BERNARD. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. 1865, 11-67.

Digitized by Google

sont provoquées par l'observateur et celles qui sont le résultat d'un accident ou d'une maladie.

Les expériences passives sont fournies par les maladies. A ce point de vue, la psychiatrie - et je range sous ce titre toutes les maladies qui, comme les aphasies, consistent en des troubles des fonctions intellectuelles — est riche des faits les plus instructifs.

Le médecin psychiatre qui observe directement des malades peut souvent faire quelque chose de plus que de rester spectateur passif. S'il étudie par exemple un sujet atteint d'obsession, il peut provoquer — par la présentation de certains objets — le retour du phénomène émotionnel. Et voilà — semble-t-il — de véritables expériences, semblables à celles pratiquées en physiologie et en physique.

On peut cependant aller plus loin dans cette voie et atteindre le point, où, selon la règle de Claude Bernard, l'expérimentateur touche le corps sur lequel il veut agir, soit en le détruisant, soit en le modifiant, afin de connaître ainsi le rôle qu'il remplit dans les phénomènes de la nature. C'est même sur cette possibilité d'agir ou non sur les corps que reposent exclusivement les distinctions des sciences dites d'observation et des sciences dites expérimentales [1].

Il est généralement possible de modifier les conditions d'un fait psychologique, soit pathologique, soit normal. On peut, par exemple pour étudier la conservation des souvenirs de certaines phrases, faire varier les temps de leurs présentations ou les intervalles entre chacune d'elles ou bien encore les conditions de l'attention après les présentations ; s'il s'agit d'un cas pathologique, d'un sujet construisant des illusions auditives sur des bruits, modifier l'intensité et la nature des bruits, des sons ou des syllabes qui éveillent des phénomènes hallucinatoires.

Il semble donc qu'en psychologie, comme en psychiatrie, on puisse employer la méthode expérimentale dans les conditions désirées pour les sciences physiques.

Mais l'expérimentation ne peut donner tout son fruit que lorsque les phénomènes provoqués sont susceptibles de mesure. Peut-on — et comment — mesurer les phénomènes psychologiques ? C'est Weber, et plus tard, Fechner [2] et Wundt [3] qui ont fait les premières recherches de mesures psychiques ; mais ils se sont surtout occupés de la mesure des sensations. Plus tard Galton, Cattell, Münsterberg, Jastrow, Kraepelin et Binet ont successive-

[1] Cl. Bernard. Ouv. cité, p. 18.
[2] Ribot. *La Psychologie allemande contemporaine.* 1879.
[3] Wundt. *Psychologie physiologique.* Traduct. Rouvier, 1886.

Digitized by Google

ment proposé des méthodes pour la mesure des autres phénomènes psychologiques. « Nos représentations, disait Wundt, sont des grandeurs *indéterminées* qui deviennent accessibles à une analyse exacte quand elles sont transformées en grandeurs déterminées ou, en d'autres termes, quand elles sont mesurées. Mais auparavant, il est nécessaire de posséder une règle pour chaque mensuration de grandeur : la grandeur indéterminée est transformée en une grandeur déterminée, parce qu'on la mesure à une autre grandeur déterminée qui a, avec elle, un rapport fixe. Ces rapports invariables n'existent qu'entre les causes et leurs effets. Il y a donc deux manières de mesurer les grandeurs : par leurs causes ou par leurs effets. Ce moyen est la règle ordinaire suivie en physique : on mesure, par exemple, les causes générales du fait externe, les forces de la nature au moyen de leurs effets, des mouvements qu'elles engendrent. En psychologie, au contraire, toutes les fois qu'il est possible de songer à une mensuration, on est le plus souvent obligé de déterminer inversement les effets au moyen de leurs causes [1]. »

Cette possibilité de la mesure des phénomènes psychologiques a été souvent niée, notamment par Kant, auquel Wundt a répondu : « D'après l'opinion de Kant, la psychologie ne peut devenir une science exacte parce que les mathématiques ne sont pas applicables aux phénomènes du sens interne ; car l'intuition pure interne, le temps, d'où les phénomènes de l'âme doivent tirer leur forme n'a qu'une dimension.... Il est inexact que le fait interne, le temps n'ait qu'une dimension. S'il en était ainsi, il ne saurait être assurément question de donner ce fait sous une forme mathématique, parce qu'une exposition de ce genre exige toujours au moins deux variables qui puissent être subordonnés au concept de grandeur. Or, nos sensations, représentations, sentiments, sont des grandeurs intensives qui s'ordonnent en séries dans le temps. Le fait interne a donc également deux dimensions : ce qui permet généralement de le présenter sous une forme mathématique [2]. »

D'autres objections ont été faites à la psychophysique, on les trouvera exposées dans un livre récent de M. Foucault [3]. Je ne puis entrer dans cette discussion qui dépasserait le cadre et l'objet de cette revue. Je tiens comme acquis que la plupart des phénomènes psychologiques — et non pas seulement les sensations — sont généralement mesurables ; des travaux antérieurs,

[1] WUNDT. *Psychologie physiologique*. Traduction Rouvier. 1886. I, 6-7.
[2] WUNDT. Ouvr. cité, p. 6.
[3] FOUCAULT. *La psychophysique*, 1901.

Digitized by Google

faits en collaboration avec M. Vaschide [1], et d'autres poursuivis au Laboratoire de Villejuif et encore inédits, sont destinés à apporter, en même temps que des procédés nouveaux, des preuves complémentaires à cette proposition. Nous avons notamment montré comment il était possible de déterminer les variations d'intensité de la sensation par la mesure de l'excitation correspondante.

La mesure des phénomènes psychologiques, qu'il est utile de définir et de classer au préalable[2], doit satisfaire à certaines conditions[3]. M. Vaschide et moi nous les avons établies en ce qui concerne l'étude des sensations [4].

Nous avons pensé que les appareils de mesures des sensations devaient répondre aux desiderata suivants :

1°. — *Détermination des conditions.* Toutes les conditions doivent être exactement déterminées afin que tous les expérimentateurs des différents pays puissent les reproduire exactement et obtenir des mesures comparables entre elles.

2°. — *Sensibilité suffisante.* Mais comme ces appareils sont destinés à la mesure des phénomènes qui présentent incessamment de petites variations actuellement non déterminables, il serait sans utilité que leur sensibilité permît d'enregistrer ces variations.

3° — *Simplicité.* Ces appareils sont destinés à être employés par des médecins, des physiologistes, des psychologues et non par des physiciens.

La complexité des appareils de mesures favoriserait chez les premiers des erreurs bien plus grandes que celles qu'elle serait destinée à empêcher. En outre, il est désirable que les appareils puissent être vérifiés facilement et à tout moment par ceux qui s'en servent.

Nos appareils ont les caractères généraux suivants :

1° — Les corps servant à la mesure de la sensibilité sont physiquement et chimiquement définis ; et les conditions de leur emploi sont exactement déterminées, ce qui rend comparables les mesures prises par des observateurs différents.

[1] TOULOUSE et VASCHIDE. *C. R. Acad. des Sciences*, 1899, 1900, 1901, 1902. — *C. R. Soc. de Biologie*, 1899, 1900.

[2] TOULOUSE. Classification des maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, 1900, 35-50. — TOULOUSE, VASCHIDE et PIÉRON. Classification des phénomènes psychiques. *Congrès international de physiologie de Turin.*

[3] Voir pour la mémoire : J.-J. VAN BIERVLIET. *La mémoire.* 1901 (Bibliothèque de Psychologie expérimentale). — H. PIÉRON. Les recherches expérimentales sur la mémoire. *Revue de Psychiatrie*, 1902, 49-63.

[4] TOULOUSE et VASCHIDE. *Acad. des Sciences*, 1899-1900-1901-1902. *Soc. de Biologie*, 1899-1900. *Soc. de Psychologie*, 4 juillet 1902.

Digitized by Google

2° — Les appareils sont simples et peuvent être facilement vérifiés.

3°. — L'excitation produite n'appartient qu'à un seul ordre de la sensibilité. Par exemple, la goutte d'eau employée en thermo-esthésie n'éveille pas de sensation de contact.

4°. — Les excitations peuvent être discontinues et croître d'une manière progressivement uniforme. Les excitations initiales sont au-dessous du minimum perceptible moyen.

5°. — Leur sensibilité permet de classer les sujets normaux en un nombre minimum de 10 groupes. Les variations de l'excitation peuvent avoir lieu par 1/100 ou par 1/1000.

6°. — Ces appareils sont susceptibles de mesurer les phénomènes suivants sur un point déterminé de la surface sensorielle (pour des moyennes générales) ou sur divers points (pour des recherches spéciales) ; dans l'exercice sensoriel unilatéral et dans l'exercice sensoriel bilatéral (pour les sens associés habituellement : odorat, audition, vision).

a. — Minimum moyen de la Sensation (connaissance de l'excitation moyenne la plus faible perçue).

b. — Minimum moyen de la Perception (reconnaissance de l'excitation moyenne la plus faible perçue).

c. — Minimum de certitude de la Sensation. (Excitation la plus faible constamment sentie).

d. — Minimum de certitude de la Perception (Excitation la plus faible constamment perçue).

e. — Minimum Différentiel entre deux sensations.

f. — Minimum Différentiel entre deux perceptions.

Ces minima différentiels doivent être recherchés en prenant comme point de départ l'excitation minima correspondant au minimum de certitude de la sensation ou de la perception ; l'intervalle de temps entre les 2 excitations à comparer doit être de de 5″.

g. — Degré de Suggestibilité (Sensations et perceptions produites dans les expériences de contrôle. (Fausses annonces ou excitations initiales).

Sur cette base nous avons fait construire des appareils de mesure pour les sensations [1], et nous avons proposé des unités de mesures des excitations correspondantes.

[1] Toulouse et Vaschide. Appareils de mesure des sensations des organes sensoriels de relation. *Revue de Psychiatrie*, 1900, 359-369. — Exposé d'un système de mesures des sensations. Soc. de Psychologie, 4 juillet 1902.

Digitized by Google

Dans les diverses recherches, deux étapes peuvent être dégagées. Au début, l'observation est le seul moyen d'étude. « La médecine expérimentale cherche l'explication scientifique des faits que la médecine d'observation et l'empirisme ont d'abord constatés. Donc, la médecine expérimentale est ce que je pourrais appeler la seconde période de la médecine scientifique, la première période étant la médecine d'observation ; et il est tout naturel dès lors que la seconde période s'ajoute à la première en reposant sur elle[1] ».

Plus tard à l'observation vient se joindre l'expérimentation. Encore là deux tendances différentes se manifestent ; les uns, surtout observateurs, étudient un seul fait, le cas d'un malade, dont ils tirent, avec de la patience et de l'ingéniosité, des inductions d'une portée générale ; d'autres, surtout expérimentateurs, étudient plusieurs individus constituant un groupe le plus homogène possible et établissent avec les résultats de leurs recherches des faits d'une valeur générale.

L'observation d'un seul malade est un excellent moyen de travail. En analysant un sujet, on comprend mieux l'enchaînement des fonctions nombreuses et leur subordination. Mais l'écueil est de généraliser ensuite cette observation unique. En outre — et c'est là qu'est le plus grand danger — on risque, à trop travailler le sujet, de le déformer. L'état mental d'un individu est chose infiniment délicate et souvent ne résiste pas aux mille suggestions inconscientes que lui fait subir son observateur. C'est ainsi que l'on peut arriver à créer de toutes pièces des maladies de laboratoire.

L'observation et l'expérimentation sur un grand nombre de sujets constituent la méthode vraiment scientifique. Mais elle a aussi ses dangers : ceux de se laisser prendre aux chiffres ou de ne voir que l'extérieur des choses. Le mieux est de compléter cette méthode par la première et de ne pas faire une expérience sur un sujet sans pénétrer après coup la psychologie du patient pendant l'expérience. La psychologie expérimentale ne doit pas repousser la simple observation introspective et extrospective. Et l'on ne saurait mieux dire sur ce point que ce que disait Claude Bernard à propos de l'observation médicale : « En résumé, la physiologie expérimentale, en devenant la base naturelle de la Médecine Expérimentale, ne saurait supprimer l'observation du malade, ni en diminuer l'importance. De plus, les connaissances physiologiques sont indispensables non seulement pour expliquer la maladie, mais elles sont aussi nécessaires pour faire une bonne observation clinique. J'ai vu,

[1] Cl. Bernard. Ouvr. cité, 347.

Digitized by Google

par exemple, des observateurs décrire comme accidentels ou s'étonner de certains phénomènes calorifiques qui résultaient parfois de la lésion des nerfs ; s'ils avaient été physiologistes ils auraient su quelle valeur il fallait donner à ces phénomènes morbides, qui ne sont en réalité que des phénomènes physiologiques[1]. »

La psychologie ne peut pas se passer de l'introspection qui est le guide de l'expérimentateur. Car sans elle le fait psychologique serait incompréhensible. « Pour ceux, dit Spencer, qui voient que les idées essentielles de la psychologie en général, pour ceux qui voient que les mots : sensations, idées, souvenirs, volitions, n'ont acquis une signification que par l'analyse de soi-même, et que la distinction que nous faisons entre les sensations et les émotions, ou entre les actes automatiques et les actes volontaires, ne peut être établie que par comparaison et classification entre nos états de conscience, pour ceux-là, il sera clair que la psychologie objective ne peut exister, comme telle, sans emprunter ses *data* à la psychologie subjective[2]. »

On ne peut travailler avec fruit que dans un service d'aliénés qui est la clinique psychologique naturelle. Il n'est plus besoin de plaider cette opinion en France, où les psychologues d'origine étudient la médecine et travaillent dans des laboratoires hospitaliers. La démonstration de cette vérité était faite depuis longtemps dans les pays scientifiquement bien organisés comme l'Allemagne, où beaucoup de psychologues et des plus grands sont des psychiatres d'origine et de profession.

Le psychiatre peut-il tirer profit en étudiant la psychologie et la philosophie telles qu'on les enseigne dans les Ecoles de Lettres ? On soutient généralement le contraire. A mon point de vue cependant les conceptions de la philosophie littéraire constituent des entraves pour la pensée, des moules tout faits dans lesquels les faits viennent se loger. Mais je défendrai cependant ces études théoriques et un peu scolastiques au point de vue de leur valeur d'éducation. Il en serait peut-être de cela comme de l'utilité des langues et des littératures anciennes pour l'étude de la médecine. Le dernier article de M. Brouardel[3] appuyé sur des faits précis, est de nature à renforcer bien des convictions et à restituer au vieux système bien des adhésions. Ce qui est vrai,

[1] Cl. Bernard. Ouv. cité, 351.
[2] H. Spencer. *Principes de Psychologie*, p. 141. Tradution Ribot-Espinas, 1875.
[3] Brouardel. *Annales d'hygiène et de médecine légale*. 1902.

Digitized by Google

là comme partout, c'est qu'il faut dans les sciences biologiques, — et ce que M. Brouardel dit de la médecine s'applique davantage encore à la psychiatrie et à la psychologie. — un esprit lucide, capable de définir les objets, d'apprécier des raisons et de les enchaîner, et d'ordonner des idées. Hors de là — en dehors de la clarté et de l'ordre — on peut faire des choses curieuses par certains côtés, par l abondance des faits et des idées, mais on ne construira rien de solide, rien de vrai. Et les études littéraires sont capables de nous donner ces qualités d'études nécessaires. Mais ce qu'il faut encore, et par dessus tout, c'est que le médecin connaisse son métier de biologiste, travaille dans un laboratoire, acquière l'habileté et la patience de l'expérimentateur.

Il suit de là qu'un psychologue peut devenir médecin à condition qu'il apprenne la médecine par le côté pratique et méthodiquement. Il existe actuellement une tendance très forte des psychologues à cultiver les sciences médicales. C'est ainsi que la barrière qui les sépare des médecins s'efface progressivement. Ils seront bientôt les uns et les autres des biologistes employant les mêmes méthodes pour la recherche des mêmes vérités.

Il ne restera plus alors entre les deux qu'un élément de classement, l'exercice de la thérapeutique. Encore n'est-il pas bien sûr que, étant données les tendances actuelles, les psychologues ne deviennent pas des médecins de l'esprit. Sur ce point Kant, qui avait prévu cette évolution, ne faisait qu'une réserve : « Les maladies de l'esprit, pourvu qu'elles ne soient pas héréditaires, permettent encore l'espoir d'une heureuse guérison, et celui dont l'assistance doit surtout être recherché, c'est le médecin. Je ne voudrais pourtant point, ne fût-ce que par amour-propre, exclure volontiers le philosophe, qui pourrait prescrire la diète de l'âme ; mais à la condition qu'en cela, comme pour la plupart de ses autres travaux, il ne demandât pas de salaire[1]. »

[1] Cité par J. Soury. Ouv. cité, 487-488.

Digitized by Google

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

ETATS PSYCHIQUE ET MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

Par le Dr Lucien PICQUÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine

Les idées que nous soutenons avec nos collaborateurs et nos élèves depuis quelques années sur les relations possibles entre les lésions physiques et les troubles mentaux qui peuvent coexister avec celles-ci, semblent gagner du terrain. Glenard, dans ses récents articles du *Progrès médical* établit un parallèle entre nos opinions et celles qu'il défend depuis de longues années sur l'origine de certaines formes de la neurasthénie, dans les affections du tube digestif et de ses annexes (neurasthénie symptomatique).

Sur le terrain de la gynécologie les études que nous avons entreprises et qui sont encore à leur début, tendent de plus en plus à confirmer par les résultats encourageants qu'elles ont déjà fournies, les opinions émises à ce sujet par les médecins français du milieu du dernier siècle. Si la preuve fut longue à faire, c'est que la chirurgie n'est seulement que depuis quelques années assez sûre dans ses résultats pour qu'on ait osé en faire bénéficier les aliénés.

C'est en effet à la chirurgie que semble revenir le rôle principal dans la solution de cette délicate question. Les succès qu'elle donnera et qui deviendront chaque jour plus nombreux, permettront d'établir mieux que tous les raisonnements la légitimité de ces rapports et en conséquence finiront par entraîner les convictions jusqu'ici hésitantes.

Des coïncidences ont été très justement invoquées ; moi-même, pour me mettre à l'abri de cette erreur, j'ai attendu bien des années avant de publier mes premiers résultats opératoires. Sans préjuger de l'avenir, c'est à lui seul cependant qu'il appartiendra, par l'analyse rigoureuse des cas, publiés, de se prononcer sur cette question préjudicielle.

Après avoir envisagé chez la femme les rapports des états cérébraux avec les affections gynécologiques, il était naturel de faire la même étude chez l'homme au point de vue des affections de l'appareil génito-urinaire. Les fonctions que nous avons dans les asiles de la Seine nous mettent en effet en présence de nombreux malades atteints de ces affections. C'est pourquoi nous avons

Digitized by Google

été amenés à faire parallèlement les mêmes recherches chez l'homme et chez la femme. Un de mes distingués élèves, le Dr Colombani, interne des asiles, vient de consacrer sur mes conseils, sa thèse inaugurale à l'étude de cette question.

Dans cet intéressant travail qui constitue comme une introduction à l étude des relations entre l'aliénation mentale et les maladies des organes génito-urinaires de l'homme, l'auteur s'est borné à l'étude de quelques-uns de ces rapports, mais les résultats obtenus ont été tellement précis pour certains d'entre eux qu'on peut, d'ores et déjà, ouvrir un chapitre de pathologie intéressant pour le chirurgion et l'aliéniste.

De tout temps, les chirurgiens qui s'adonnent à l'étude des maladies des voies urinaires de l'homme, ont signalé des accidents nerveux et variables chez les malades qui venaient solliciter leurs soins. Ces psychopathies urinaires, nom sous lequel le Professeur Guyon et Janet ont désigné ces accidents, ont été considérées en général par ces auteurs comme comportant un pronostic bénin et susceptibles de guérir sous l'influence d'une thérapeutique locale appropriée. Les faits publiés par les auteurs sont nombreux, décisifs pour la plupart, mais sont restés jusqu'à ce jour presque ignorés des médecins aliénistes. Nous passerons en revue les principaux. Or, le point nouveau des études que nous avons entreprises avec Colombani est le suivant : Les faits signalés par les spécialistes et dont ils n'avaient essayé de tirer aucune conséquence au point de vue doctrinal constituent en réalité, comme nous le verrons plus loin, les premiers échelons d'une évolution morbide due à la réaction variable du cerveau vis-à-vis des affections des voies urinaires. Cette évolution peut entraîner, d'après les cas observés par nous, les désordres les plus graves, parfois irréparables.

Et si les spécialistes ont, jusqu'ici, considéré ces psycholopathies comme bénignes, c'est qu'ils ne peuvent en observer que les premiers stades.

Dès que les troubles s'exagèrent, les malades leur échappent et nous les retrouvons à l'asile.

C'est ainsi que dans un cas dont j'ai rapporté l'observation à la Société de chirurgie, il s'agissait d'un malade qui à la suite d'une taille hypogastrique était devenu triste : un jour dans un accès aigu de mélancolie, il fait une tentative de suicide qui l'amena dans mon service.

Le chirurgien qui l'avait soigné était en droit de le considérer comme guéri : or la psychopathie bénigne à ses débuts avait pris brusquement un caractère assez grave pour motiver l'internement.

Digitized by Google

Dans ce cas, la relation entre l'état mental et la fistule hypogastrique était facile à établir et il me suffit de l'opérer pour le guérir.

Ordinairement il n'en est pas ainsi à l'asile, et Colombani va nous expliquer pourquoi les troubles psychiques qu'ils présente intéressent seuls l'aliéniste.

L'examen somatique est ordinairement négligé. Les lésions urinaires passent inaperçues. Les malades perdent dès lors leur qualité d'urinaires dans le milieu nouveau où ils se trouvent.

La relation entre la lésion physique et l'état mental reste méconnue, et le malade au lieu d'être soumis au seul traitement local qui lui conviendrait est traité selon les indications purement médicales de la thérapeutique psychiatrique.

Une observation intéressante inséré dans la thèse de Colombani a été le point de départ de nos études. Il s'agissait d'un homme de 40 ans interné dans l'un de nos asiles pour excès alcooliques. Cet homme a subi plusieurs uréthrotomies internes pour un rétrécissement serré.

Il continue à en souffrir dans le cours de son internement et les douleurs qu'il éprouve et auxquelles on n'attachait qu'une importance médiocre deviennent le point de départ d'obsessions véritables qui cèdent comme par enchantement à la dilatation progressive. Ce cas et d'autres analogues que nous pourrions citer montre combien il est indispensable de pratiquer l'examen attentif de l'appareil génito-urinaire de l'homme comme nous l'avons recommandé à tant de reprises chez la femme.

Le tableau précédent tracé par Colombani est exact dans ses traits principaux, néanmoins je dois à la vérité de reconnaître que l'examen somatique des malades attire de plus en plus à notre époque l'attention des médecins aliénistes et je tiens à cet égard à rappeler l'opinion de notre collègue Ballet : Chez certains individus qui n'attendent qu'une occasion pour délirer, toute lésion viscérale, toute perturbation du jeu des fonctions organiques peuvent être des circonstances adjuvantes qui favorisent ou même provoquent l'éclosion des troubles mentaux. Les méconnaître conduirait à porter un diagnostic incomplet ou à formuler des indications thérapeutiques insuffisantes.

Cette opinion si nettement exprimée montre le revirement qui s'est opéré dans les idées depuis quelque temps au sujet de la doctrine trop exclusive des psychopathies essentielles envisagées en général.

Le terrain est dès lors tout préparé. Les faits observés, les opinions émises à cet égard par Ballet, par mes collaborateurs, par mes élèves et par moi-même montrent combien est devenu indispensable cet examen somatique.

Digitized by Google

Nous avons fait prévaloir ces idées pour les aliénées femmes. L'examen des hommes au point de vue génito-urinaire est tout aussi nécessaire.

La question des rapports entre les maladies génito-urinaires et les psychopathies a été jusqu'à présent obscurcie aux yeux de la plupart des praticiens parce qu'il existe, aussi bien chez l'homme que chez la femme, des psychopathies qui réagissent plus ou moins sur les organes genito-urinaires et y simulent des lésions qui n'existent pas ou produisent des sensations qui sont d'origine exclusivement psychiques et que d'autre part le traitement méthodique des lésions observées parfois chez les aliénés n'exerce aucune action sur des psychopathies qui peuvent être essentielles et indépendantes.

L'échec du traitement dans ces conditions a conduit certains auteurs à nier par une généralisation abusive la filiation que nous voulons établir, en l'appuyant sur des faits suffisamment probants, entre les affections des organes génito-urinaires et certains troubles mentaux observés chez eux.

Pour ce qui est des psychopathies urinaires, une première remarque est importante à faire. On a compris parfois des troubles fonctionnels simples qu'on a désignés sous cette dénomination abusive non seulement parce qu'ils ont été considérés comme indépendants de toute lésion locale, mais parce que les sensations ressenties par le malade sont d'origine psychique. Or, on doit réserver ce terme aux seuls troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation : mais les troubles primitivement fonctionnels peuvent à la vérité engendrer un état hypochondriaque peu accusé et nous aurons dès lors le vrai type de la psychopathie urinaire de Janet caractérisée par un trouble fonctionnel (pollakiurie douloureuse ou spasmodique) auquel vient s'ajouter un élément nouveau, l'hypochondrie qui justifie bien la dénomination qui lui a été imposée.

Il en est de même des obsédés urinaires qui constituent un groupe bien connu de ceux qui s'adonnent à l'étude des maladies des voies urinaires.

Un fait irréfutable et qu'on ne saurait trop mettre en relief au point de vue qui nous occupe c'est que le domaine ainsi limité des psychopathies urinaires, que certains auteurs et en particulier Janet considèrent comme purement psychiques, a bien diminué dans ces derniers temps sous l'influence du perfectionnement des méthodes d'examen d'une part, et de l'étude plus complète des modifications de la composition urinaire d'autre part. Certes ces malades et tous les obsédés urinaires sont plus ou moins des victimes de l'hérédité ; ils ont pu présenter jadis,

Digitized by Google

comme le fait remarquer Janet, de l'incontinence d'urine, signe qui pourrait les faire rentrer dans la catégorie des cérébraux s'il était démontré d'ailleurs que chez eux l'incontinence n'a eu qu'une origine psychique, mais les auteurs les plus récents, Albaran en particulier, ont remarqué ce fait bien important au point de vue thérapeutique, que dans tous les cas de psychopathie dans lesquels l'appareil urinaire est complètement sain, ces auteurs ont eu surtout en vue les affections de l'urèthre. Pour eux la blennorrhagie y joue le rôle important : Elle est parfois de date récente et il n'est pas rare de trouver chez eux un rétrécissement ou un reliquat de cystite ou de spasme.

Quoi qu'il en soit, chez ces pseudo-neurasthéniques et c'est la meilleure preuve des relations qui existent, on réussit généralement par le traitement local. Une simple injection de cocaïne suffit pour les guérir parfois, grâce à son action sédative (Colombani). Estrabaut dans sa thèse insiste également sur les bons résultats obtenus par la dilatation et le massage dans les cas d'urithralgie.

Le progrès qui s'est produit sous ce rapport pour les affections de l'urèthre sous l'influence du perfectionnement des méthodes d'examen s'est également manifesté pour les mêmes raisons dans le groupe ancien des affections nerveuses de la vessie qui se trouve également de ce fait singulièrement restreint.

Qu'elles soient liées ou non à la psychopathie, c'est-à-dire qu'elles se présentent sous la forme de trouble fonctionnel simple ou lié à un état cérébral, ces affections considérées autrefois comme idiopathiques tendent aujourd'hui à disparaître du cadre nosologique.

On sait à l'heure actuelle qu'elles sont liées le plus souvent à des lésions véritables de la vessie. Les névralgies et l'irritabilité de la vessie qui donne si souvent lieu à des préoccupations hypochondriaques rentrent dans ce cadre.

Le type morbide répondant à la vessie irritable (irritable bladder des anglais) est pour Furbringer l'expression d'un catarrhe vésical et Estrabaut rappelle dans sa thèse les résultats intéressants de l'examen cystoscopique pratiqués par Zuckerkandt dans ces cas.

Knorr enfin, cité par Colombani, examinant systématiquement des cas d'irritabilité vésicale, considérés comme de simples manifestations névrosiques a pu relever une série de lésions extravésicales, péricystite, adhérences, etc.

A côté des lésions matérielles de la vessie et de l'urèthre, nous devons également placer les troubles de la composition urinaire qui nous donnera parfois la clef de bien des symptômes considérés comme névrosiques. Mon collègue et ami Chevalier a fait remar-

Digitized by Google

quer que l'hypéracidité de l'urine due à la présence d'un excès d'acide urique provoque des douleurs vives et des mictions fréquentes. Les urines phosphaiques peuvent produire le même effet.

Mon collègue Basy a décrit de son côté, des troubles vésicaux dans la glycosurie. Un malade est en proie à une profonde neurasthénie et présente des symptômes douloureux du côté de l'appareil urinaire. Il n'existe aucun trouble physique mais l'analyse chimique révèle la présence du sucre dans l'urine.

Ce qui vient compliquer l'histoire des psychopathies et laisser bien des esprits dans l'hésitation c'est qu'une fois l'inflammation de l'urèthre et de la vessie guérie, les accidents peuvent persister ou s'aggraver, grâce à la disposition particulière du sujet.

La neurasthénie, comme le dit Colombani, dans un chapitre intéressant de sa thèse, est ici souvent la conséquence de cet état d'inquiétude chez des névropathes en vocation.

L'on voit aussi la psychopathie réagir d'une façon plus ou moins vive sur l'état fonctionnel des organes. L'état névropathique conditionne alors le trouble fonctionnel. Janet a bien fait remarquer et nous avons déjà signalé plus haut le fait, qu'une pollakurie intense consécutive à une poussée de cystite, peut subsister une fois la cystite guérie chez un névropathe du fait des habitudes acquises de mictions fréquentes.

Dans ces cas le clinicien prévenu pourra toujours remonter à la cause première du trouble fonctionnel.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui vient d'être dit, et des documents intéressants colligés par Colombani que les psychopathes tendent à devenir de plus en plus rares au fur et à mesure que s'améliorent les méthodes d'investigation clinique, et et que sauf certains cas rares d'affection du cerveau et de la mœlle aujourd'hui bien classées, ces psychopathies tiennent le plus souvent à des affections locales présentes ou passées.

Avant de terminer ce qui est relatif aux psychopathies urinaires considérées d'origine psychique il nous reste à signaler certains cas bien différents caractérisés par la perversion du sens génésique, et observés chez des malades atteints de vices de conformation des organes génito-urinaires.

Il existe en effet des pervertis du sens génésique chez lesquels l'anomalie semble naître d'un réflexe psychique (cérébraux de Magnan). Or il ne nous appartient pas de discuter la légitimité de ce groupe admis par les auteurs d'une autorité incontestée. Mais nous verrons par la suite qu'il existe d'autre part des héréditaires avec vices de conformation, ches lesquels il se produit une dysesthénie génitale qui trouble la vie morale. Ces perversions véritablement secondaires, peuvent comme l'a fait remarquer Féré, entraîner toutes les conséquences des aberrations

Digitized by Google

génésiques des pervertis psychiques purs. On comprend l'importance de ces faits au point de vue thérapeutique.

La question des psychopathies essentielle envisagée comme nous venons de le faire, nous devons maintenant étudier les rapports entre les diverses affections des voies urinaires et les états mentaux qu'on observe parfois chez ceux qui sont atteints des premières.

Ces faits comme je l'ai dit au début, ont été signalés de tous temps. Fournier a insisté jadis sur le « trauma moral » des lésions spécifiques ; Ricord classait d'une façon humoristique la blennorhagie parmi les maladies mentales.

Guyon a parfaitement dit encore que cette maladie était la pierre de touche de l'état psychique.

Or, ces constatations n'avaient qu'une portée restreinte n'ayant d'application qu'à quelques maladies : la blennorrhagie et la syphilis.

Les faits concernant d'autres affections n'étaient considérées que comme des exceptions ou des curiosités cliniques et toutes ne concernaient d'ailleurs, que le malade à l'état de liberté, c'est-à-dire dans les formes bénignes ne nécessitant pas l'internement.

Il était donc important de généraliser ces données aux seuls aliénés que nous ayons en vue et d'en tirer des déductions utiles à la thérapeutique chirugicale dans nos asiles.

Or, il résulte de tous les faits contenus dans la thèse de Colombani et de ceux que j'ai pu observer, que toute lésion, tout trouble fonctionnel ou toute malformation a un retentissement sur l'état moral en créant un état particulier de dépression. Mais il est un point important et qu'il convient de mettre en relief ; c'est que cette réaction est éminemment variable et qu'elle est toujours proportionnée à la résistance mentale du sujet.

Elle peut ainsi être vive dans un cas de faible lésion. Tel est le cas cité plus haut et qui a été le point de départ de nos études et de la thèse de mon disciple et beaucoup d'autres cas témoignent dans le même sens.

Une autre conséquence évidente de ce qui vient d'être dit, c'est que la réaction varie pour une même lésion depuis le sujet simplement impressionnable jusqu'au dégénéré héréditaire. Inversement et les faits viennent le démontrer, quand la lésion persiste ou s'aggrave, les réactions pour un même sujet tendent à devenir de plus en plus graves.

Quant à l'échelle des réactions produites par la même lésion sur des cerveaux différents, Colombani l'établit de la façon suivante : au début, ce sont de simples appréhensions, parfois

Digitized by Google

un état neurasthénique, puis viennent les obsessions angoissantes, les préoccupations hypochondriaques, puis le délire hypochondriaque.

Les premiers échelons sont seuls connus du spécialiste ainsi que je l'ai dit plus haut : l'aliéniste observe les derniers, parcequ'eux seuls amènent le malade à l'asile et il ne doit pas ignorer la cause première de ces troubles sous peine d'appliquer au malade une thérapeutique inutile. Le mécanisme de cette réaction reste encore à trouver malgré les hypothèses ingénieuses qui ont été proposées, mais cette question purement doctrinale, ne saurait nous retenir.

Le seul point digne d'arrêter notre attention est de savoir si la prédisposition héréditaire est toujours nécessaire.

M. Ballet en parlant de l'hyponchondrie, dit expressément : « Il en est de l'hypochondrie comme des obsessions et des phobies qui peut être dans bien des cas, au degré accusé, des stigmates de développement cérébral défectueux peuvent cependant se manifester à titre d'accident plus ou moins transitoire chez des individus dont le système nerveux a été incidemment surmené et fatigué.

Journiac dans sa thèse, soutient la même opinion, et il appuie sur ce fait que si la dégénérescence est nécessaire dans les formes graves, dans un grand nombre de cas, la préexistence d'un pareil terrain n'est pas utile.

Voici une notion très utile qui, à la fois peut expliquer les formes bénignes et, en tout cas démontrer toute l'importance de la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, toutes les modalités cliniques de la réaction mentale chez les sujets atteints d'affections des voies urinaires sont l'expression de l'action dépressive spéciale qu'exercent ces maladies sur le cerveau.

D'après M. Guyon, c'est le sentiment de la génitalité qui donne à la réaction mentale sa caractéristique : elle aurait pour base un amoindrissement de la personnalité lié à un sentiment d'impuissance transitoire ou permanente.

Diday avait depuis longtemps remarqué que l'homme est impressionné vivement par tout ce qui menace la virilité.

Colombani dans sa thèse, compare à cet égard, l'homme et la femme au point de vue des réactions mentales produites par les maladies de l'appareil génito-urinaire.

Déjà Guyon avait insisté sur la diminution du sentiment de génitalité chez la femme et Colombani pense que les préoccupations génitales lui sont étrangères. Or, la pratique de la gynécologie d'une part, l'étude clinique des femmes aliénées d'autre part, montrent par une série de faits, que cette opinion est

Digitized by Google

certainement exagérée. J'admets du moins volontiers, l'opinion de Janet qui déclare que l'hypochondrie urinaire n'existe pas chez la femme. L'indépendance des appareils urinaires et génital explique suffisamment ce fait. J'ai cependant cette année observé un fait curieux de la ville ou cette hypochondrie urinaire était très manifeste.

Tout ce que l'on peut déduire, à mon sens, des faits observés dans les deux sexes, c'est que si chez l'homme les phénomènes dépressifs dominent avec tendance au suicide et à l'hypochondrie, chez la femme au contraire, les réactions mentales présentent une grande variété, mais parmi celles-ci, les formes mélancoliques tiennent encore la plus grande place.

On peut se rapporter au travail que j'ai publié à la société de de chirurgie en 1898, en collaboration avec mon collègue Febvré. Un dernier point à noter est le suivant. Le plus souvent, le malade qui présente des troubles mentaux a une conscience très nette de son état et c'est cette conscience qui conditionne la réaction mentale. Parfois cependant, il ignore la cause réelle de ses troubles. L'organisme garde alors, en l'absence de phénomènes douloureux, l'obscure conscience de sa tare physique et Colombani nous cite deux cas de malades atteints de varicocèle méconnue ayant donné lieu à des troubles psychiques.

Julien a fourni également à Colombani, l'observation très curieuse d'un malade atteint de troubles divers ; un rétrécissement méconnu fut découvert La simple dilatation supprima instantanément tous ces troubles.

Si la relation entre les troubles mentaux et les affections génito-urinaires semble évidente par toutes les considérations qui précèdent, le traitement chirurgical, cependant, peut seul la confirmer. Or les faits sont aujourd'hui nombreux qui viennent démontrer la légitimité de cette relation.

Nous allons les passer en revue.

Je tiens tout d'abord à rappeler que ce sont les spécialistes qui nous les ont fait connaître tout d'abord parce que, appelés à traiter les affections des voies urinaires, ils ont pu les premiers constater, à la suite de leurs interventions, la disparition plus ou moins rapide des accidents psychiques concommitants.

Mais, à côté de ces faits observés chez des malades libres, nous rangerons ceux qui ont pu être observés chez les aliénés et que l'on peut considérer comme les échelons les plus élevés de la réaction mentale, soit par le degré de la lésion ou par celui de la prédisposition.

En mettant en parallèle les uns et les autres, notre but est de confirmer cette relation importante entre une lésion locale

Digitized by Google

et un trouble cérébral et d'en tirer des déductions importantes au point de vue du traitement des aliénés.

Adoptant une autre classification que celle de Colombani, nous envisagerons successivement les vices de conformation des organes génito-urinaires, les inflammations de l'urèthre, de la prostate et de la vessie, enfin les lésions du testicule et du cordon.

Vices de conformation. — Le phimosis congénital donne chez certains malades une série d'accidents, entr'autres des accidents nerveux, parmi lesquels je rappellerai surtout la migraine, les névralgies, l'hystérie et l'épilepsie.

Quand l'examen somatique est négligé, on court le risque d'instituer un traitement illusoire chez les malades qui présentent un des accidents signalés plus haut.

Or l'intervention chirurgicale a produit dans ces conditions des résultats merveilleux en supprimant d'un seul coup la cause initiale.

Mais ces accidents ne sont pas les seuls : il en est d'autres qui relèvent de l'aliéniste parce qu'ils motivent parfois l'internement. D'ailleurs ils ne se présentent que chez des dégénérés et la lésion initiale est considérée par beaucoup comme un stigmate de dégénérescence.

Parmi ceux-ci nous devons signaler les symptômes de dépression mentale et parfois, chez l'adulte, de véritables perversions du sexe génital.

Colombani rapporte à cet égard une très instructive observation de Béard, où le trouble mental disparut de suite après l'intervention.

La brièveté du frein fait produire les mêmes désordres par l'hyperesthésie génitale qu'elle amène.

Feré, cité par Colombani, rapporte une curieuse observation d'un malade, occupant une situation importante et d'une culture intellectuelle élevée, atteint d'aberration sexuelle consciente (excitation sexuelle suivie d'érection à la vue d'hommes dévêtus et impulsions sexuelles irrésistibles). La section du frein suffit pour amener la disparition de tous ces accidents.

A l'occasion de ces cas, Feré dit nettement que cette cessation de l'hyper-excitabilité et de ses conséquences à la suite de la section du frein, montre bien le rapport de la cause à l'effet.

On voit donc l'intérêt qu'il y a à rechercher la cause de ces perversions dans une malformation de l'appareil urinaire puisque ces perversions, nettement secondaires, sont liées à un état pathologique consécutif à cette malformation et dont elles suivent l'évolution.

Digitized by Google

Les vices de conformation plus graves, la réduction de volume de la verge, sa torsion, les diverses fissures, l'hypospadias entre autres provoquent également, chez les malades atteints de dégénérescence mentale, des phénomènes de dépression caractéristique, parfois elles deviennent aussi le point de départ d'obsessions et de perversions sexuelles.

Nous avons dit plus haut qu'il existait des perversions de sens génésique chez lesquels l'anomalie naissait d'un reflexe psychique. Tout en acceptant, avec les auteurs distingués qui l'ont établi l'existence de ce groupe important, il n'en reste pas moins probable que dans certains cas les perversions sexuelles peuvent avoir comme dans les cas précédents leur point de départ dans la malformation elle-même.

Garnier, cité par Colombani dont il a été l'interne, rapporte l'observation d'un dégénéré héréditaire et hypaspade qui, sous l'influence d'impulsions satyriasiques irrésistibles se jetait sur les femmes en pleine rue et mettait ses organes sexuels à découvert.

Colombani se demande justement si l'indication ne doit pas se poser de rechercher et de guérir une lésion qu'il considère comme capable de réveiller la prédisposition héréditaire qui sommeille et M. Garnier lui-même, à propos de ce cas, dit que le prédisposition est « le sol où éclosent à la faveur d'une cause occasionnelle, souvent minime, des troubles délirants qui portent avec eux leur marque de fabrique. »

Dans l'ordre des troubles fonctionnels, dont l'origine nerveuse, comme nous l'avons dit plus haut, a été trop généralisée, nous trouvons deux cas seulement à signaler. C'est d'une part l'incontinence d'urine, due parfois à l'épilepsie ou au rêve de miction (Janet) qui peut engendrer parfois des préoccupations hypochondriaques mais qui tient si souvent aux causes locales qu'ont bien indiquées Guyon et ses élèves, d'où le nom de incontinence par atonie qu'ils lui ont imposé (calculs ou tumeurs de la vessie engagées dans l'urèthre, ulcérations tuberculeuses du col, hypertrophie de la prostate).

On comprend qu'engendrée par ces causes, elle soit susceptible de disparaître quand la thérapeutique locale est instituée.

Dans les formes d'incontinence par simple atonie nerveuse, on sait aussi combien le traitement électrique peut rendre de services.

On voit qu'il y a là une série d'indications que le médecin aliéniste ne saurait négliger. A côté de l'incontinence d'urine il convient de signaler le spasme du col caractérisé par des troubles de la miction, des érections nocturnes persistantes, fatigantes et des douleurs à type névralgique, souvent exaspérées sous l'influence des moindres causes.

Digitized by Google

Si elles nous intéressent dans cette étude, c'est qu'elles peuvent devenir le point de départ de préoccupatiens hypochondriaques et que les malades qui en sont atteints peuvent devenir des neurasthéniques.

J.-J. Rousseau, dont Colombani étudie l'histoire, paraît avoir appartenu à cette catégorie de malades. Or si le spasme est parfois idiopathique et se montre fréquent chez les nerveux et les tabétiques, il est souvent lié aux affections des voies urinaires. Or un bon traitement dirigé contre la cause est susceptible de ramener l'équilibre moral.

Inflammation de l'appareil urinaire. — Toutes les inflammations aiguë ou chroniques de l'appareil urinaire provoquent également des réactions psychiques variables.

La cystite et ses divers symptômes (mictions fréquentes, tenesme vésical, rétention d'urine, sensation de brûlure au perinée) finissent à la longue par provoquer des réactions cérébrales souvent intenses. Colombani cite à cet égard le cas intéressant d'un jeune homme qui au cours d'une cystite aiguë présenta une crise violente de délire panophobique avec agitation extrême et hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cet état fut suivi d'une dépression très marquée. Le traitement énergique qui fut institué eut une heureuse influence sur ces complications nerveuses.

A l'état chronique la cystite est souvent le point de départ des préoccupations constantes avec des interprétations bizarres chez des sujets prédisposés.

Malecot cite dans sa thèse l'observation bien curieuse d'un malade en proie à des idées hyponchondriaques bizarres. Il suffit d'un traitement qui dura 21 jours pour amener la guérison de la cystite et de toutes les obsessions. Ce cas est analysé par Colombani d'une façon très intéressante. Les inflammations chroniques de la prostate entraînent souvent une dépression physique et morale avec hypochondrie, surtout quand elles s'accompagnent de prostatorrhée que le malade considère souvent comme une spermatorrhée. Pour Beard, la portion prostatique de l'urèthre doit attirer avant tout l'attention chez ces malades qu'il appelle des neurasthéniques sexuels.

Pour Hottinger, beaucoup d'états rattachés à la neurasthénie dépendraient d'une prostatite chronique. Les médications locales doivent dès lors souvent être préférées aux traitements psychiques, et s'il y a exagération dans l'opinion de Beard et de Hottinger, trop facilement acceptée peut-être par Colombani, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une indication dont le médecin aliéniste doit tenir compte.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'hypertrophie sénile de la prostate d'autre part donne lieu parfois à des phénomènes nerveux accusés. Guizy d'Athènes, cité par Colombani, rapporte trois cas de mélancolie dont 2 terminés par suicide.

Toutes les lésions inflammatoires du gland et du prépuce, les ulcérations diverses herpétiques ou diabétiques, les productions papillomateuses, les lésions spécifiques donnent lieu à des symptômes bien décrits par Fournier. L'accablement, le désespoir avec idées de suicide sont fréquemment observés. C'est le « traume moral » de Fournier. Le distingué médecin de Saint-Louis y rapporte les états neurasthéniques si fréquents chez ces sujets. Toute lésion du gland en deviendrait « le prétexte, l'occasion, la cause ».

L'uréthrite dans ses diverses formes a surtout le privilège de donner lieu à des obsessions pénibles et à des préoccupations obsédantes chez les sujets prédisposés.

C'est le cas des écoulements qu'on observe chez les diabétiques et il en est de même de ceux qui sont dus à l'hypersécrétion des glandes de Cooper ou de Littre, mais c'est la blennorrhagie surtout qui provoque des réactions variables proportionnées à la résistance psychique du sujet. Guyon a excellemment dit que la blennorrhagie était la pierre de touche de l'état général et de l'état psychique. Parfois des troubles nerveux inattendus sont observés. Julien a bien tracé le tableau de la mélancolie blennorrhagique.

En général tous les symptômes disparaissent avec la guérison de la blennorrhagie.

Parfois cependant ils persistent et nous tombons dans les formes de la psychopathie considérée autrefois comme essentielle, mais dans lesquelles, comme il a été dit plus haut, on trouve souvent comme point de départ, un reliquat plus ou moins ancien et minime de blennorrhagie suffisant cependant pour préférer à une thérapeutique générale, l'emploi des moyens locaux en général plus efficaces.

C'est dans certains cas, alors que le souvenir de la blennorragie est effacé depuis longtemps un retrécissement méconnu qui devient le point de départ d'accidents cérébraux variables qui cèdent presque instantanément au passage de quelques bougies. Le cas de Jullien rapporté plus haut en est un remarquable exemple.

La blennorrhagie est de toutes les maladies de l'appareil urinaire la seule qui donne lieu à un état tout à fait spécial décrit par Venturi et Cullère sous le nom de folie blennorrhagique ou d'Hébephrenie blennorrhagique.

Elle se présente à la suite de la blennorrhagie après un

Digitized by Google

temps variable de 1 à 5 ou 6 mois et présente l'aspect clinique de la stupeur parfois de la manie avec ou sans excitations violentes. Ce délire s'accompagne d'hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe. Cet état présente une marche progressivement ascendante suivi d'un déclin lent et régulier et donne ainsi l'idée d'une maladie à décours cyclique.

On ne peut le rapprocher des délires fugaces de l'infection blennorrahagique avec manifestations articulaires; elle ressemble plutôt à la folie septicémique et n'exige pas toujours pour se montrer l'influence héréditaire comme nous l'avons vu dans plusieur affections des voies urinaires.

Dans une dernière partie de sa thèse M. Colombani envisage l'action des maladies du testicule et de ses enveloppes sur le développement des états cérébraux.

Pour le scrotum les plaies et les inflammations diverses sont capables d'engendrer chez les prédisposés des états mélancoliques. L'auteur a observé à l'infirmerie du Dépôt un cas de ce genre chez un homme atteint d'eczéma chronique du scrotum et il nous en donnne la relation intéressante.

Le malade en question avait associé à son état mélancolique des idées de persécutions, mais il ne s'agissait pas d'un persécuté vulgaire mais d'un auto-accusateur qui ne se dissimule pas qu'il a fourni le prétexte de la persécution : c'est une victime coupable et non comme le persécuté ordinaire une victime innocente (Colombani). Cette distinction est importante à faire. D'après Ballet, ce caractère particulier des idées de persécutions appartiendrait spécialement aux névropathes atteints de lésions de la zone génitale.

Les maladies du testicule sont surtout intéressantes à étudier, au point de vue des réactions psychiques qu'elles déterminent.

Les fistules scrotales symptomatiques de lésions suppuratives du testicule ou de ses annexes sont souvent le point de départ d'idées hypochondriaques. Guizy signale le cas d'un malade atteint d'épidymite tuberculeuse qui tenta de se suicider dans le cabinet même du médecin.

Le testicule instable de Béard qui survient consécutivement aux lésions les plus diverses : (contusions, orchite, varicocèle) devient souvent une cause d'accident nerveux.

L'ectopie testiculaire peut jouer au point de vue mental le même rôle que les vices de conformations de la verge. Colombani cite à cet égard une intéressante observation recueillie par lui à l'asile de Vaucluse.

Quand l'ectopie vient à provoquer des crises testiculaires, comme il est fréquent de l'observer au moment de la puberté, il

Digitized by Google

n'est pas rare de voir chez les malades atteints, des idées obsédantes.

Dans un cas cité par Hermann, il suffit d'introduire sur la demande expresse du malade un testicule en argent pour obtenir une guérison presque immédiate. J'ai eu pour un fait l'occasion d'observer un malade très obsédé par une ectopie testiculaire. Il s'imaginait que tout le monde remarquait dans la rue, l'existence de son infirmité. Il avait usé de tous les traitements près des charlatans nombreux. Je ne pus naturellement rien lui faire car il s'agissait d'une ectopie abdominale et je regrette de n'avoir pas connu à l'époque, le procédé de la prothèse.

Les kystes du cordon ont pu ainsi dans certains cas produire des troubles mentaux. Chez un malade observé par Colombani il suffit d'une opération pour amener la disparition de toutes ses préoccupations obsédantes. Le varicocèle, de toutes les affections de l'appareil génital est celle qui s'accompagne le plus fréquemment de troubles mentaux.

Les malades qui en sont atteints présentent parfois des phénomènes de dépression, mais le plus souvent des obsessions diverses et de l'hypochondrie avec tendance au suicide surtout si la lésion s'accompagne d'atrophie testiculaire ou d'impuissance,

Mais à côté de ceux-ci, il est une classe de malades, mal connus des auteurs et sur lesquels Colombani lui-même n'a pas attiré l'attention et qui présentent des troubles psychiques disproportionnés avec l'état local. La question des formes anatomiques de varicocèle joue à mon avis un rôle très important. J'ai observé un certain nombre de ces cas et je me propose prochainement de publier un article à ce sujet, parce que de ces faits que je crois très nombreux découlent des règles très importantes au point de vue de l'intervention.

J'ai dit plus haut que parfois la lésion locale était inconnue des malades et cependant pouvait réagir sur leur état psychique : cette circonstance est surtout vraie en ce qui concerne le varicocèle. Landouzy et Vidal de Cassis ont signalé deux cas intéressants de malades atteints de mélancolie et porteurs de varicocéle dont ils ignoraient l'existence.

Il résulte de la longue série de faits que nous venons de parcourir, qu'à l'heure actuelle il est imposible de nier la relation de causalité qui existe parfois chez l'homme entre certains états psychiques et les lésions de l'appareil génito-urinaire. Il est donc logique de songer à faire disparaitre les lésions physiques, causes premières des accidents cérébraux, par une intervention chirurgicale.

De même que mon élève Pélas, s'appuyant sur les résultats de ma pratique gynécologique dans les asiles avait pu affirmer que

Digitized by Google

souvent le trouble cérébral guérissait avec la lésion physique, de même mon élève Colombani est amené à une conclusion identique en ce qui concerne l'homme.

Mais il importe également de reconnaître que tous les cas ne sont pas justiciables d'intervention, que là comme ailleurs, l'intervention constitue une arme à double tranchant et que pour éviter l'aggravation du délire après l'intervention (psychose post opératoire) il convient de préciser avec soin les conditions de cette intervention.

Il est facile d'établir les indications générales. Mais il convient surtout d'insister sur les contre indications : c'est ce travail qu'un chirurgien d'asile ne peut mener à bonne fin qu'avec la collaboration de l'aliéniste, doctrine que je me suis appliqué à défendre dans tous mes écrits et qui vient de recevoir récemment sa consécration scientifique et pratique par la nomination d'un médecin en chef au Pavillon de chirurgie.

Dans ce travail, on ne pouvait tracer que les lignes générales du traitement. Je me propose d'ailleurs de reprendre cette étude thérapeutique.

Quand il ne s'agit que de malades impressionnables chez lesquels l'obsession est simple et nullement liée à un état vésanique, quand la réaction mentale même grave est liée à un état local sérieux, l'indication est absolue, et des faits de jour en jour plus nombreux montrent les bons résultats que l'on obtient dans ces conditions. Il en est de même chez les malades prédisposés, dans la majeure partie des formes de la réaction mentale. Les résultats sont encore le plus souvent excellents, ainsi qu'en témoignent les faits publiés par Colombani. Mais à côté de ces formes, il en est d'autres dans lesquelles l'indication est plus difficile à saisir. Je veux surtout parler des persécutés et des hypochondriaques délirants. On lira avec intérêt sous ce rapport la thèse de mon élève Mallet qui insiste tout particulièrement sur les contre indications opératoires tirées de l'état mental.

En ce qui concerne les persécutés, le chirurgien doit s'abstenir d'une façon générale : il y a lieu, toutefois, d'établir des distinctions. La forme dans laquelle la persécution semble liée au trouble physique et revêt un caractère spécial d'humilité, ainsi que nous l'avons décrite plus haut, d'après Ballet, pourrait peut-être permettre une intervention.

Le varicocèle semble particulièrement disposé à produire des persécutés et le chirurgien ne saurait être trop prudent dans la circonstance. Certes, il est des cas où le malade atteint de varicocèle n'offre que des préoccupations hypochondriaques. Dans ceux-ci, l'intervention peut donner des résultats décisifs comme dans le cas de Reclus, cité par Colombani. Mais il est loin d'en

Digitized by Google

être toujours ainsi et c'est pourquoi beaucoup d'autres, et en particulier Gould, ont rejeté l'opération dans le varicocèle lorsque « les symptômes nerveux sont très marqués » distinction incomplète à la vérité, mais qui montrent bien qu'ils ont dû rencontrer des cas de ce genre.

Quoi qu'il en soit, quand on vient à méconnaître ces contre indications, on court risque de voir la psychopathie s'exagérer, comme l'avait remarqué autrefois Duplay, et à rouvrir inutilement le chapitre des psychoses post opératoires. Mallet, dans sa thèse, cite une bien curieuse observation de varicocèle que je lui ai communiquée.

Malgré les réserves que Colombani a faites sur les indications chez les malades atteints de varicocèle, je pense qu'il a encore laissé trop de place dans ses conclusions à l'intervention opératoire.

La même prudence doit être observée pour les vésaniques, hypochondriaques chez lesquels la conviction du malade revêt un caractère d'absurdité.

La question de l'intervention dans les maladies du testicule vient encore se compliquer quand elle aboutit à la castration.

Beaucoup d'auteurs, entre autres Malgaigne, ont insisté sur les perturbations consécutifs à la suppression de la glande.

La chirurgie conservatrice ou la prothèse testiculaire, recommandée par Tuffier et Demons doit tenir une grande place dans les préoccupations du chirurgien d'asile sous peine de provoquer par son intervention l'apparition de psychoses post opération.

On peut voir, d'après ce rapide aperçu thérapeutique, combien, malgré les rapports évidents qui existent entre les maladies des voies génito-urinaires et les troubles psychiques concomitants, la question reste délicate des indications et contre indications opératoires.

NOTES & INFORMATIONS

Concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques :

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863 et 19 octobre 1894 ;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et des 12 juin 1899 et 7 mars 1900 ;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 10 décembre 1901.

Digitized by Google

ARRÊTE :

Article premier. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, quoi leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le jeudi 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Trois professeurs, agrégés ou chargés de cours de maladies mentales, en exercice dans des facultés ou écoles de médecine de l'Etat ;

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton ;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur, sur la propositiou du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans les facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents, et en ontre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi lea autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, prèsident.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10 ;

Digitized by Google

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points ser de 20 ;

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans ;

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin-adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure ;

Aux médecins-adjoints, après deux ans, au minimum dans la classe précédente.

Art. 6. — Sont et demeurent abrogés les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celles de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique, de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la faculté de médecine de l'Université de Paris. Ce dernier se trouvera désormais soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 9 mai 1902.

WALDECK-ROUSSEAU.

ANNEXE DE L'ARRÊTÉ DU 9 MAI 1902

En vertu du décret du 19 octobre 1894, les cadres et traitements des directeurs médecins et médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

CADRES	TRAITEMENTS
1° Directeurs médecins	
Classe exceptionnelle	8.000 fr.
1re classe	7.000
2e classe	6.000
3e classe	5.000
2° Médecins en chef	
Classe exceptionnelle	8.000 fr.
1re classe	7.000
2e classe	6.000
3e classe	5.000
3° Médecins adjoints	
Classe exceptionnelle	4.000 fr.
1re classe	3.000
2e classe	2.500

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (26-VII-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LES DÉBILITÉS MENTALES

Par le Dr Blin

Médecin en Chef des Asiles de la Seine

Qu'un enfant présente un développement incomplet des facultés cérébrales, la chose est, en général, facile à reconnaitre et le premier écolier venu, avec la cruauté qui caractérise les enfants et les foules, fait vite le diagnostic et ne manque pas de stigmatiser le malheureux arriéré par l'appellation courante : « le fou! » — « l'idiot! »

S'agit-il d'appliquer scientifiquement aux états d'arriération intellectuelle une désignation qui implique le degré exact d'arriération, et, secondairement, permette d'avoir une idée du pronostic propable? — la difficulté commence alors, et avec elle la confusion se présente : tel enfant qualifié d'imbécile sur un premier certificat, est appelé idiot sur un second, débile sur un troisième, dégénéré sur un quatrième.

Est-ce à dire que dans l'esprit du médecin (souvent un spécialiste) qui a examiné l'enfant, il y ait eu hésitation ou erreur? Nullement, mais ce qui a fait défaut, en l'espèce, c'est une terminologie précise, toujours identique. Il faut bien reconnaitre que les nomenclatures des états d'infériorité intellectuelle, toutes faites cependant par des cliniciens expérimentés, ont le défaut d'employer des termes qui, ou bien sont en usage dans le langage ordinaire et peuvent être interprétés dans un sens différent selon l'idée de celui qui les emploie, tels les mots idiot, arriéré, débile, imbécile, simple d'esprit; ou bien, comme le terme dégénéré, désignent une notion étiologique, qui pour certaine qu'elle est dans la plupart des cas, n'en reste pas moins assez vague comme désignation nosologique.

Il serait à souhaiter qu'une terminologie spéciale fût arrêtée qui fixe et précise la valeur des mots et permît la comparaison des statistiques.

On éviterait de la sorte quelques malentendus : c'est ainsi, par exemple, que l'établissement d'enfants arriérés de Berlin, à Dalldorf, porte le nom d'Asile d'idiots (Idioten Anstalt) et, précisément, n'admet pas les enfants auxquels, dans le langage médical courant en France, on donne à proprement parler le nom d'idiots.

Cette délimitation de la valeur des termes est œuvre de congrès ou de réunion savante.

Le but de cette courte revue est plus modeste : montrer l'uti-

Digitized by Google

lité de cette classification précise et uniforme et passer une révision d'ensemble des divers états d'arriération intellectuelle en examinant comment les questions d'assistance des enfants arriérés, si importantes au point de vue social, sont interprétées en France et dans quelques pays d'Europe.

Qu'on emploie pour les caractériser le terme général d'idiots, ceux d'arriérés, de dégénérés ou d'imbéciles, il demeure évident qu'un certain nombre, qu'un grand nombre même d'enfants présentent un développement insuffisant de l'encéphale, à quelque degré que ce soit et quelle qu'en soit la cause, arrêt de développement caractérisé par l'absence ou la diminution des fonctions intellectuelles, affectives, sensitives et motrices, accompagnée ou non de perversion des instincts.

A ces enfants arriérés nous appliquerons la dénomination de débiles, et nous appellerons débilités mentales en général les divers degrés d'arriération mentale, préférant le terme de débilité à ceux d'idiotie, d'imbécillité ou de dégénérés, en ce sens qu'il a une étendue, une élasticité aussi grandes et que, d'autre part, s'adressant au terme le plus élevé des arriérés au lieu de s'adresser, comme le terme idiotie, à l'échelon inférieur, il présente pour l'emploi courant et général un sens moins péjoratif.

Ce terme de débilités mentales, nous ne l'employons d'ailleurs qu'à défaut d'un terme nouveau, d'un usage ordinaire moins courant en même temps que d'une signification plus précise, qu'il nous paraîtrait utile de trouver.

Dans cet ordre d'idées, M. Toulouse, dans sa classification[1], donne à tous les états de faiblesse intellectuelle continue, débilités psychiques ou démences, l'appellation de meiopsychies (faiblesse intellectuelle).

Quelles sont donc les diverses débilités mentales ?

Belhomme trouvait qu'il est fâcheux de changer d'expression pour désigner les nuances d'une même maladie et se demandait si le mot idiotie auquel on ajouterait l'épithète complète ou incomplète ne suffirait pas ?

M. Sollier éprouve moins de regrets que Belhomme à séparer l'imbécillité de l'idiotie, l'imbécillité lui paraissant un état absolument distinct et dans ses manifestations et dans ses conséquences.

Il nous paraît, quant à nous, intéressant et nécessaire de séparer les divers modes de la débilité mentale, autrement dit les diverses débilités mentales, et, quelque peu précises que

[1] TOULOUSE. Classification des maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, février 1900, p. 33.

Digitized by Google

puissent être les zônes de transition, d'appliquer à chacune de ces débilités mentales des termes spéciaux afin d'établir combien sont grandes en pratique les différences entre ces divers états qui peuvent, à un moment donné, réclamer des modes différents d'assistance et de traitement.

Le développement, l'organisation et le fonctionnement des centres cérébraux présentent trois modalités distinctes : la sphère physique, la sphère intellectuelle et la sphère morale.

L'absence, l'insuffisance ou la perversion du développement des neurones cérébraux en rapport avec ces diverses modalités, plus ou moins atteintes individuellement, détermineront l'apparition des diverses classes de débilités mentales.

A. — *Sphère physique.* — L'arrêt du développement des centres cérébraux est intimement lié à l'existence d'un des nombreux processus anatomo-pathologiques magistralement décrits par M. Bourneville [1] et sur lesquels il me parait inutile de revenir.

A l'absence ou à l'insuffisance de développement des centres cérébraux correspondent les atrophies, paralysies et parésies, troubles de la parole, de la physionomie, de la préhension, de la locomotion, troubles fonctionnels dont il faut rapprocher ceux des diverses sécrétions et excrétions, de la digestion, de la circulation, des sensibilités générale et spéciale, etc.

Mais de même qu'à côté de l'arrêt simple des fonctions psychiques nous trouverons des perversions psychiques, de même dans la sphère physique, à côté des arrêts simples de développement, on rencontre des sortes de perversions de développement ou du mouvement : perversions de développement sous forme de nanisme ou de gigantisme, de malformations multiples de la tête (plagiocéphalie le plus fréquemment, acrocéphalie, scaphocéphalie), de malformations de la face, des oreilles, des dents, d'ectromélie, de polydactylie, de syndactylie, de malformations des organes génitaux, etc... ; perversions du mouvement, sous forme de tics convulsifs, de certaines anomalies fonctionnelles, comme le mérycisme, la blésité, le bégaiement, etc.

A ces déformations tératologiques, à ces perversions fonctionnelles, on donne précisément le nom de stigmates physiques de dégénérescence.

Il peut arriver que la sphère physique seule soit atteinte sans répercussion sur les autres, tels certains cas de porencéphalie

[1] *Traité de médecine et de thérapeutique.* T. IX, p. 22 et travaux divers.

Digitized by Google

déterminant une hémiplégie infantile tout en laissant l'intelligence absolument intacte, et l'affection dans ce cas échappe à la dénomination de débilité mentale.

Mais il faut des conditions exceptionnelles pour qu'un vice de développement de la région motrice ne porte pas atteinte aux autres modalités fonctionnelles du cerveau, et le plus souvent aux désordres physiques s'associent des troubles de l'intelligence.

B. — *Sphère intellectuelle.* — L'absence ou l'insuffisance des manifestations intellectuelles jette une perturbation profonde dans la vie de l'individu, dans ses rapports avec la famille et la société.

Quelque profonde que puisse être la déchéance physique résultant de l'arrêt du développement des centres cérébraux, quelque pervertis que puissent être les sentiments moraux, ce sont les troubles de l'intelligence qui dominent l'histoire des débilités mentales, c'est d'après leur intensité plus ou moins grande qu'ont été faits tous les essais de classification des enfants arriérés et ces essais sont nombreux. Qu'il nous suffise de rappeler les noms de Pinel, d'Esquirol, de Dubois (d'Amiens), de Belhomme, de F. Voisin, de Morel, de M. Bourneville, de M. Magnan, de M. J. Voisin, de M. Sollier, etc., sans compter les auteurs de diverses classifications d'ensemble des maladies mentales.

Que l'on prenne comme criterium le plus important l'attention ou l'état du langage pour apprécier l'état du développement intellectuel, on doit reconnaitre avec M. Bourneville que la plupart des auteurs rangent les états intellectuels inférieurs à la normale dans 4 ou 5 catégories qui peuvent porter des noms différents, mais correspondent toutes respectivement aux mêmes classes d'enfants, puisque toutes elles sérient l'ensemble des enfants arriérés en commençant par les moins intelligents pour se rapprocher progressivement de la normale.

a. — L'idiot absolu ou du 1er degré est un être végétatif, sans idée, sans parole, sans mouvement.

b. — L'idiot profond ou du second degré est surtout un être végétatif, mais la vie de relation présente quelques rudiments d'existence : la parole peut faire son apparition sous forme de quelques monosyllabes ; la marche est possible ainsi que la préhension. Ces enfants reconnaissent assez souvent leurs parents, témoignent des préférences pour certaines personnes, ont fréquemment des aptitudes musicales.

c. — Chez l'imbécile proprement dit, les facultés intellectuelles existent, mais à un degré très incomplet : « L'attention est

Digitized by Google

fugace, la mémoire peu active, peu sûre, la volonté sans énergie : L'imbécile veut et ne veut pas. Ces enfants peuvent comparer, combiner ; toutefois ils s'élèvent difficilement à des notions générales et abstraites. Ils ont des idées, mais en petit nombre ; ils ne pensent et agissent que par autrui, bien qu'ils soient capables de quelques raisonnements. Ils subissent par inconscience et faiblesse tous les entraînements.

La parole existe, mais la prononciation est souvent défectueuse : leur langage est borné, leurs phrases imparfaites, le verbe y est parfois absent ; ils parlent d'eux à la 3e personne. Ils peuvent remplir des occupations simples, uniformes, toujours les mêmes. Ils ont des sentiments affectifs, souvent superficiels[1] ».

d. — Chez le débile proprement dit (imbécillité légère de Bourneville) « les facultés intellectuelles considérées dans leur ensemble existent mais sont retardées, notablement au-dessous des facultés des enfants du même âge. L'attention laisse beaucoup à désirer ; toutefois il est possible de la fixer, au moins pendant quelque temps et ce temps augmente si l'on varie les occupations intellectuelles. La réflexion, la prévoyance n'existent qu'à un faible degré. La conception est lente, la mémoire paresseuse : ces enfants n'apprennent que par périodes. Les débiles ont des penchants particuliers, des aptitudes spéciales. Leur intelligence se manifeste principalement pour tout ce qui est relatif à ces penchants ou à ces aptitudes. On doit en profiter et s'en servir pour agrandir leur champ intellectuel. Ils ont des sentiments moraux, de la gaîté, de l'affection familiale. Ils possèdent à un certain degré la notion du devoir, ont l'esprit d'ordre. Certains sont irritables, hargneux, violents, entêtés, vindicatifs ; les autres sont désordonnés, turbulents ou apathiques.

Le mouvement, la marche, la préhension, la sensibilité générale, la sensibité spéciale sont en général intacts[2]. »

Il existe le plus souvent de l'instabilité mentale : à peine ont-ils commencé un travail qu'ils désirent passer à un autre, ils apprennent ou plutôt commencent à apprendre toutes les professions changeant sans cesse d'idée et de place.

Telles sont les quatre grandes classes en lesquelles la plupart des auteurs divisent les enfants à développement intellectuel insuffisant ; mais si l'entente existe sur le fond de la question, elle ne nous paraît pas suffisamment exister dans la forme, c'est-à-dire dans la terminologie, la confusion s'établissant trop fréquemment entre les divers termes. Et cependant la chose n'est

[1] BOURNEVILLE. *Traité de médecine et de thérapeutique*, tome IX, p. 56.
[2] *Ibid.*

Digitized by Google

pas indifférente, car chacune de ces classes comporte un avenir et un pronostic particuliers.

L'idiot complet est et restera l'idiot complet ou à peu près.

L'idiot profond, monstre repoussant par la saleté et l'abrutissement, rendu dangereux par cet abrutissement même, incapable de quoi que ce soit, souvent même de se tenir debout, de marcher, de manger seul, peut, grâce au traitement médico-pédagogique de M. Bourneville, devenir un être à peu près propre, inoffensif, quelquefois même capable, malgré son infériorité incurable, de rendre quelque service par son travail.

Toutefois le malheureux idiot est et restera une charge pour la société ou pour la famille.

A la 3e catégorie d'arriérés, aux imbéciles, un avenir moins sombre est réservé : sous l'influence de ce même traitement médico-pédagogique, une amélioration graduelle des fonctions de la vie de relation, des sens, rend possible une éducation psychologique rudimentaire et une éducation manuelle suffisante pour permettre à l'imbécile de rendre des services appréciables dans les divers travaux des champs. Quelquefois même, dans certains cas favorables, l'amélioration peut être telle que le malade puisse être rendu à sa famille et participer dans une certaine limite, et moyennant une direction constante de ses actes, à la vie sociale courante.

Au 4e degré des arriérés, aux débiles proprements dits le traitement médico-pédagogique peut rendre de plus signalés services encore. Sous l'influence du traitement commencé de bonne heure, un grand nombre de débiles pourront acquérir des notions usuelles courantes leur permettant de jouer un rôle actif et social, d'être soldats, de se diriger seuls dans la vie.

Malheureusement, un certain nombre aussi, tout en s'étant notablement améliorés, tout en pouvant, sous une direction constante de leurs actes, s'acquitter intelligemment d'un travail suivi, restent des instables incapables de se diriger seuls, et s'ils n'ont pas une famille qui puisse les surveiller au-dehors, demeurent à la charge de la société : nous verrons, à propos des modes d'assistance de quelle façon on peut les utiliser.

Ces quelques considérations montrent de quelle importance peut être pour l'enfant le diagnostic précis de son état intellectuel.

Dès l'âge le plus jeune il est possible d'avoir des présomptions et de poser un diagnostic précoce d'anormalité, si l'enfant pousse des cris continuels, laisse tomber, flotter en quelque sorte une tête mal soutenue par des muscles du cou relâchés, s'il reste inerte ou ne remue les membres qu'avec lenteur, si son regard est sans expression, s'il est indifférent aux excita-

Digitized by Google

tions affectueuses, s'il ne babille pas, n'essaie pas de se servir de ses mains, de se tenir sur les jambes, si la dentition est en retard, s'il a eu des convulsions : la présomption deviendra plus forte si la mère a présenté des troubles physiques ou psychiques au cours de la grossesse, s'il y a eu des complications de l'accouchement.

Lorsque l'enfant est plus âgé, vers un an ou un an et demi, l'absence de parole ou d'attention, de toute tendance vers la propreté, l'insuccès des tentatives faites pour apprendre à l'enfant à se servir de ses mains, à se tenir debout, montrent qu'il faut agir au lieu de temporiser.

Il est encore difficile à cette époque de déterminer d'une façon précise le degré d'arriération.

Plus tard, quand il appert aux yeux de tous que l'enfant « n'est pas comme un autre » il est du devoir du médecin de chercher à donner à son diagnostic un caractère un peu plus précis que l'appréciation de la première personne venue et d'essayer, dans la mesure du possible d'établir un pronostic.

Alors on s'aperçoit combien les mots vagues, indéterminés qui servent aux diverses classifications laissent de place à la confusion : alors même que tout le monde serait d'accord pour donner la même valeur à tel ou tel mot, on pourrait encore avoir de la peine à faire rentrer, en s'en tenant aux descriptions si diffuses des classifications, tel arriéré dans la classe des débilités mentales qui lui convient. Et la difficulté deviendra plus grande quand il faudra tenir compte d'une autre catégorie d'enfants qui tout en présentant ou non des troubles intellectuels sont atteints en même temps d'altérations du sens moral.

Dans le but d'essayer de serrer de plus près la question du diagnostic des débilités mentales, j'ai commencé depuis un certain temps déjà une série de recherches ; et les résultats que j'ai pu obtenir, s'ils ne permettent pas encore d'ériger la méthode d'examen employée en procédé certain et définitif, sont cependant tels que je me crois autorisé à indiquer comment d'une façon générale, j'ai procédé dans mes essais.

La méthode que j'ai employée et qui se rapproche de celles en usage en psychologie expérimentale a surtout pour but de séparer les types supérieurs de débilité mentale, c'est-à-dire l'imbécillité et la débilité proprement dite et entre eux et le type d'anormaux que nous décrirons tout-à-l'heure comme imbéciles moraux, comme dégénérés.

En effet cette méthode se compose d'un questionnaire et suppose par conséquent la compréhension plus ou moins grande des questions en même temps que la capacité plus ou moins grande de répondre : en fait elle peut tout aussi bien servir

Digitized by Google

à classer parmi les idiots l'enfant qui ne peut ni comprendre ni répondre.

Le questionnaire se compose d'une série de 20 sujets. Sur chaque sujet sont préparées un certain nombre de questions graduées selon leur difficulté en 3 séries : la 1re série de questions, sur un sujet donné, questions très faciles, est destinée aux enfants au-dessous de 10 ans ; la 2e série, composée de questions un peu plus difficiles sur le même sujet est pour les enfants de 10 à 13 ans, et la 3e série, composée de questions plus complexes, pour les enfants au-dessus de 13 ans.

Ainsi par exemple, un des sujets d'interrogatoire a trait aux mouvements : cette interrogation sur le mouvement permet d'ailleurs d'apprécier et la compréhension du mouvement à faire, et l'habileté dans l'exécution.

Dans la première série de questions, on dira à l'enfant : « Assieds-toi — tourne-toi — va jusqu'au mur et reviens ici ! » Dans la seconde série : « Enlève ta veste le plus vite possible et remets-là ! — Retrousse ton pantalon ! » Enfin, dans la 3e série : « Mets-toi par terre, croise les bras et relève-toi les bras croisés. — Retrousse ton pantalon sans t'asseoir ! »

Les différents sujets du questionnaire ont trait au nom, aux parents, aux notions sur l'âge, à la connaissance du corps, aux mouvements, à la connaissance des objets, aux sensations internes, aux notions de temps, aux notions de lieu, aux notions de patrie, au service militaire, au métier que veut apprendre l'enfant, à la lecture, à l'écriture, au calcul, à l'odorat, à la vue, à la sensibilité générale, à la religion, à la moralité.

Dans l'interrogatoire, il est donné un coefficient allant de 1 à 5 pour la façon de répondre sur chacun des 20 sujets si bien que le maximum des points pour les 20 sujets est de 100.

Cet interrogatoire, effectué sur une série d'enfants normaux, a presque constamment donné ce maximum de 100 points que je considère comme représentant la normale. Les enfants arriérés se classeront donc sur une échelle de 0 à 100 points.

Après un nombre important d'interrogatoires, on remarquera que les enfants correspondant au type des débiles proprement dits, obtiennent le plus souvent un coefficiant total supérieur à un nombre donné, soit 50, et l'on pourra prendre ce nombre comme la limite entre l'imbécillité et la débilité mentale, limite arbitraire sans aucun doute, mais représentant cependant une donnée mathématique qu'il sera facile à chacun de vérifier à nouveau chaque fois qu'on le voudra, de même qu'au cours du traitement, le même interrogatoire répété à un ou deux ans de distance, donnera, pour ainsi dire, l'étiage précis des progrès réalisés, grâce au traitement médico-pédagogique.

Digitized by Google

Je le répète, cette méthode, simple quand elle est schématisée, assez délicate à déterminer dans son application, n'est pas encore absolument au point ; mais je l'ai citée parce qu'elle me semble susceptible, quand elle aura été perfectionnée par l'expérience, de donner pour le diagnostic des diverses débilités mentales, une précision qu'il me paraît difficile de rencontrer à l'heure actuelle, par l'emploi seul des diverses classifications ou définitions.

C. — *Sphère morale.* — Le dernier sujet d'interrogatoire du questionnaire dont je viens de parler, est la moralité ; mais les questions posées sur la moralité sont plutôt destinées à permettre l'appréciation du niveau intellectuel de l'enfant que son niveau moral ; en effet, tel enfant à qui l'on aura posé la question abstraite de dire si une action donnée est un crime ou une faute, pourra souvent répondre d'une façon satisfaisante alors qu'il est absolument incapable de faire l'application de ces conceptions théoriques à un cas particulier par le seul effort de sa conscience.

De même, il arrive qu'un enfant a, de façon très suffisante, répondu aux diverses questions et peut être jugé normal au point de vue intellectuel, qui dans ses actes et dans sa manière d'être, a présenté une série d'irrégularités, de perversions morales, nécessitant une intervention, un traitement spécial ; dans ce cas, la sphère physique et la sphère intellectuelle sont indemnes ou à peu près, la sphère morale seule est atteinte.

« Chez l'enfant possédant une intelligence quelconque, mais dépourvu de sens moral, les sensations reçues ont donné lieu à des représentations d'inégale puissance qui peuvent faire naître le désir et partant la volonté. Mais la puissance idéative de ces représentations n'est pas en rapport direct avec leur valeur morale ; ce sont souvent les plus nuisibles à l'individu ou à la société qui ont la prédominence, parce que le sens moral n'a pas présidé à leur acquisition[1] ».

Le milieu social a, sans conteste, une influence considérable sur la perversion du sens moral ; mais de même que dans les milieux les plus déplorables grandissent des individus qui deviennent plus tard d'honnêtes garçons, de même, dans les milieux les plus honnêtes grandissent des enfants ayant tous les vices. C'est qu'à côté de l'influence déterminante du milieu il existe un état spécial, une manière d'être inhérente à l'individu, devenue fonction de son individualité, transmissible à sa descendance, nous avons nommé, avec tous les auteurs, la dégénérescence.

[1] BOURNEVILLE. — *Traité de médecine et de thérapeutique.* Tome IX, p. 50.

Digitized by Google

Les perversions morales reconnaissent donc deux facteurs étiologiques principaux : le milieu et l'hérédité. A ces deux influences étiologiques correspondent deux variétés de perversions morales : 1° celles qui ne naîtraient pas chez l'enfant si l'influence pernicieuse du milieu n'était pas intervenue; 2° celles qui naissent spontanément, comme des produits spéciaux du sol mental préparé par la dégénérescence. Aux premières, on pourrait donner la qualification de perversions morales passives ; aux secondes, celle de perversions morales actives.

Les perversions morales passives se rencontrent surtout chez les débiles intellectuels, les simples d'esprit, alors que les perversions morales actives sont la caractéristique des dégénérés proprement dits, dégénérés supérieurs de la classification de M. Magnan.

Il est bien entendu que cette division schématique destinée à faciliter l'interprétation des faits observés, ne se rencontre que rarement dans la plupart des cas ; en effet, il existe une sorte de pénétration réciproque de la débilité mentale et de la dégénérescence telle, que d'une part les débiles sont en même temps des dégénérés, avec toutes les tares morales inhérentes à cet état ; d'autre part les dégénérés présenteront dans la plupart des cas, un certain degré de débilité mentale. Que sur ces terrains mentaux, débiles et dégénérés, vienne agir l'influence d'un milieu social vicieux, et l'état de réceptivité du débile viendra féconder en quelque sorte les germes instinctifs de perversion morale du dégénéré pour donner naissance à des produits de plus en plus déviés du type normal.

Dans son beau livre sur le dressage des jeunes dégénérés [1], M. Thulié donne du dégénéré sans tare intellectuelle, du dégénéré supérieur de MM. Magnan et Legrain, la définition suivante : « Le dégénéré supérieur est celui qui, malgré des stigmates psycho-physiques plus ou moins prononcés et une déséquilibration de ses facultés qui le rendent insuffisant dans la lutte pour la vie ou incapable de se conformer entièrement aux lois du milieu dans lequel il est placé, conserve des fonctions intellectuelles dont l'intégrité apparente et quelquefois le brillant le classent, au point de vue social, parmi les individus responsables de leurs actes ; ils n'en sont pas moins assez profondément atteints pour transmettre à leur postérité les tares qu'ils portent, normalement aggravées dans cette transmission ».

La dégénérescence peut être acquise ou héréditaire : elle est

[1] A. Thulié. — *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthrophrénopédie*. Paris, 1900, p. 278.

Digitized by Google

acquise lorsqu'elle dépend d'une cause extérieure à la santé des géniteurs et qui frappe directement l'individu lui-même dans sa vitalité comme par exemple les accidents traumatiqnes de la grossesse ou de l'accouchement assez puissants pour infliger au fœtus ou au nouveau-né une lésion durable des centres nerveux à moins qu'il ne s'agisse d'une maladie de la première enfance, laissant après elle des traces indélébiles dans le cerveau et marquant la déchéance aussi bien par des stigmates physiques que par des désordres moraux.

Elle est héréditaire lorsqu'elle est dûe à une tare cérébrale des parents ou à un état pathologique passager des géniteurs au moment de la conception.

Pour banale et bien connue que soit la possibilité de la création de la dégénérescence chez le produit de la conception lorsqu'il existe un état pathologique, intoxication ou autre, des parents à ce moment, j'en citerai deux exemples qui me paraissent, le premier surtout, réaliser pour ainsi dire, les conditions d'une expérience de laborataire.

Dans le premier cas, la mère du malade, institutrice dans un château, après avoir eu des relations avec le maître d'hôtel, cesse toute relation avec celui-ci, au moment où il quitte le château pour prendre une autre place — elle reste pendant plus d'un an sans revoir son amant et sans avoir aucun autre rapport sexuel.

Un beau jour, se promenant dans le parc, elle voit son ancien amant venir à elle et remarque, à son grand étonnement, qu'il est ivre, ce qui ne lui était jamais arrivé ; pris du désir de la revoir, il avait bu un coup pour se donner du courage. L'amant devient pressant, l'institutrice autant pour éviter du scandale que, peut-être, par un certain retour aux sentiments anciens, devient de moins en moins farouche, elle cède et.... un être nouveau fut conçu. Rapprochement unique, car l'amant disparait à nouveau et l'institutrice ne le revit jamais. Et quel est-il ce produit d'un père normal à l'ordinaire, mais ivre au moment de la conception, et d'une mère intelligente et bonne qui se dévoue pendant des années pour son enfant? un malheureux dégénéré, vicieux, qui à 13 ans, est venu s'échouer dans un asile, atteint de démence précoce.

Dans le second cas, il s'agit également de deux générateurs sans tare héréditaire ou personnelle. Mais le père, sous les yeux de sa femme, subit une tentative d'assassinat. Il s'en tire heureusement sans gros dam physique, mais le shock nerveux est si violent sur les deux époux que la femme cesse d'être réglée pendant trois mois et le mari reste complètement impuissant pendant quatre mois : l'enfant est conçu dans les premiers

Digitized by Google

rapports possibles et c'est un dégénéré, intelligent, mais vicieux, menteur, porteur de nombreuses tares morales.

Il n'entre pas dans le cadre de cette revue de décrire l'état mental du dégénéré, état mental si complexe, si polymorphe ; nous ne pouvons que renvoyer aux livres classiques de MM. Magnan, Thulié, Legrain, Féré, etc.

Rappelons qu'à côté des stigmates physiques de dégénérescence qui, d'ailleurs, ne sont nullement en rapport avec le développement des tares morales, à côté des accès de colère, des caprices déraisonnables, des accidents cérébraux (délire, convulsions, etc.), survenant à l'occasion de la moindre maladie fébrile ou d'une croissance précoce avec développement rapide de la puberté, à côté de la susceptibilité spéciale à l'égard des diverses intoxications, les deux principales caractéristiques de la dégénérescence, autrement dit de la débilité morale sont l'instabilité mentale et la perversion des instincts.

« Les instables sont, dit Ribot [1], les déchets et les scories de la civilisation et on peut l'accuser à juste titre de les multiplier », et la formule qui, à son avis, résume et explique les instables, est celle-ci : infantilisme psychologique.

Cette instabilité se retrouve chez les dégénérés dans leur mobilité physique exubérante, dans leur mobilité psychique qui n'est pas moindre : à peine ont-ils commencé un travail qu'ils veulent en faire un autre ; après avoir choisi eux-mêmes une profession, ils en changent quelques jours après, passant ainsi d'un métier à un autre sans jamais se fixer ; ils ont des impulsions subites, se sauvent de l'école, de chez leurs parents, errant plus ou moins longtemps, puis rentrent spontanément ou se font arrêter par la police.

Quant à la perversion des instincts, elle se caractérise par le mensonge, la désobéissance, la révolte contre toutes les conventions sociales : ces malades ont une conduite inexplicable, en désaccord souvent avec leur état antérieur ou le milieu dans lequel ils vivent ; ils sont récalcitrants à toutes les remontrances, à toutes les prières, aux témoignages d'intérêt, aux encouragements, aux récompenses, aussi bien qu'aux punitions ; il sont souvent crédules à l'excès et s'abandonnent sans réserve à ceux qui les dominent ; les sentiments affectifs sont émoussés ou nuls, les perversions sexuelles fréquentes.

En même temps on observe chez les dégénérés les phénomènes morbides désignés sous le nom de syndrômes épisodiques des dégénérés : l'obsession, l'impulsion avec leurs angoisses, puis les phénomènes d'arrêt. Ces derniers que l'on rencontre

[1] Th. Ribot. — *Psychologie des sentiments* p. 377. Paris 1896.

Digitized by Google

chez les individus normaux plus ou moins émotifs et auxquels M. Thulié a donné l'appellation imagée d'impulsion négative, prennent chez les dégénérés des proportions d'une énorme gravité par leur intensité et par leur rigidité : plus le désir d'accomplir une action est vif, plus le phénomène d'arrêt se produit avec violence; plus la volonté s'efforce d'agir, plus elle est impuissante, c'est une aboulie instantanée et insurmontable.

Aimant voir couler le sang, heureux à la vue de toutes les souffrances, sujets à toutes les impulsions mauvaises, brutalité envers les faibles, cruauté envers les animaux, destructivité, vols, incendies, etc., les dégénérés constituent la source la plus riche de la criminalité.

Telles sont les diverses variétés cliniques de la débilité mentale admise en France d'une façon générale.

En Allemagne où l'assistance des débiles est, comme nous le verrons, organisée sur une très grande échelle, on emploie le plus fréquemment pour distinguer les diverses débilités mentales une classification pédagogique qui repose non pas sur le degré d'intelligence plus ou moins grand de l'enfant mais sur le bénéfice plus ou moins grand que l'enfant paraît susceptible de retirer du traitement médico-pédagogique.

Tout d'abord les débiles sont divisés en deux grandes classes, les pupilles, à proprement parler ceux qu'on doit soigner (Pfleglinge), constituant la classe inférieure, et les éducables constituant la classe supérieure (Zöglinge).

Les pupilles sont considérés comme incapables d'être éduqués (Erziehungsunfähig) et les éducables (Erziehungsfähig), sont séparés en 2 subdivisions : 1° ceux qui, grâce au traitement médico-pédagoqique pourront être dressés aux divers travaux (Beschäftigungsfähig) et ceux qui, se rapprochant de l'état normal, peuvent recevoir un certain degré d'instruction et d'éducation (Bildungsfähig).

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur le traitement médico-pédagogique proprement dit pour 2 raisons : la 1re, c'est que ce traitement, pour obtenir son maximum de résultats, doit être appliqué hors de la famille, dans un établissement spécial où l'enfant, soumis à une éducation collective, évolue au milieu d'êtres de son niveau intellectuel, qu'il comprend et dont il se fait comprendre. La seconde raison, c'est qu'il n'y a qu'à se reporter à l'œuvre, capital en l'espèce, de M. Bourneville, en particulier à son livre sur l'« Assistance, le traitement et l'éducation des enfants idiots et dégénérés » (1894) et à son article tout récent sur les idioties dans le « Traité de médecine et de thérapeutique », — ainsi qu'au livre de M. Boyer [1], pour avoir les renseigne-

[1] BOYER. *Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés.*

Digitized by Google

ments les plus autorisés sur le traitement médico-pédagogique des débiles ; – puis au récent « Traité de dressage des jeunes dégénérés ou Orthophrénopédie » de M. Thulié, en ce qui touche les méthodes spéciales de traitement moral des dégénérés qui, elles aussi, ne peuvent être appliquées que dans des établissements spéciaux.

Quoiqu'il en soit, pour toutes les classes de débilités mentales, idiotie, imbécillité, débilité mentale proprement dite, dégénérescence, le traitement devra être commencé de bonne heure, pour ainsi dire dès les premiers signes de l'affection. Plus le sujet sera jeune, plus grandes seront les chances de réussite : l'évolution de la puberté augmente encore les difficultés. Tout en n'ignorant pas les résultats parfois inespérés qu'on peut obtenir chez certains débiles adolescents, tout en demeurant persuadé de la nécessité qu'il y a à maintenir les arriérés sous la surveillance d'un médecin, on pourrait presque dire, lorsqu'on voit les résultats si différents obtenus par le traitement médico-pédagogique avant et après la puberté, qu'il y a 2 périodes de traitement dans la débilité mentale, une période essentiellement médicale, médico-pédagogique, qui va de 2 ans jusqu'un peu après la puberté, de 15 à 16 ans, période féconde en résultats et, chez les malades plus âgés, une période ou d'utilisation, si le traitement a donné des résultats, ou de surveillance si les résultats du traitement ne sont pas tels qu'on puisse rendre le malade à la vie commune, période pendant laquelle le traitement médico-pédagogique ne donne plus que des résultats bien moindres.

Quelle que soit l'excellence du traitement médico-pédagogique, on ne peut lui demander d'être toujours suivi de résultats positifs et complets.

Sous son influence un certain nombre de dégénérés ont été remis dans le droit chemin, un certain nombre aussi de débiles proprements dits ont été rendus capables de se conduire en membres actifs et utiles de la Société ; quelques imbéciles ont été assez améliorés pour être placés à la campagne et se rendre utiles pour les travaux agricoles ; mais le reste, qu'en faire ? Que faire des idiots qui, rapprochés dans une certaine mesure de la dignité d'être humain, sont encore incapables de vivre au dehors ? que faire des imbéciles à peine utilisables à quelques travaux rudimentaires ? que faire des débiles proprement dits incapables de se diriger seuls dans la vie si difficile et si dure d'une grande cité ? que faire des dégénérés chez qui les conseils, les exemples, les admonestations, n'ont pu faire disparaître cette aptitude fatale au vice, à la paresse, au désordre ?

La question est à l'ordre du jour ; mais pour posée qu'elle soit

Digitized by Google

dans la plupart des Etats européens, elle n'a encore été résolue nulle part de façon définitive.

Ceci nous amène à rechercher quels sont les divers modes d'assistance susceptibles d'être appliqués à ces incapables, à ces impotents mentaux constituant la grande classe des débiles.

En complétant les renseignements statistiques de l'important Rapport de M. Bourneville au Conseil national d'assistance de 1894 sur l'assistance des enfants idiots et arriérés, par ceux d'une étude statistique toute récente de M. le Pasteur Stritter, directeur de l'asile d'Alsterdorf, près Hambourg [1], on voit qu'en Europe 12 Etats possèdent des établissements spéciaux d'assistance pour les débiles et les épileptiques, établissements publics, ou privés.

Si l'on classe ces pays d'après le nombre de débiles et épileptiques qui sont assistés sur 100,000 habitants, on obtient le tableau suivant où la France est malheureusement loin de tenir le premier rang.

PAYS	Débiles et épileptiques assistés	POPULATION	NOMBRE de débiles et épileptiques assistés pour 100.000 habitants
Danemark.....	1.400	2.172.205	64
Allemagne.....	20.142	52.250.894	38
Norwège.....	489	1.988.997	24
Suisse.....	718	2.933.334	24
Suède.....	802	4.802.751	16.7
Belgique.....	941	6.195.000	15
Pays-Bas.....	530	4.669.415	11
Angleterre.....	2.207	29.002.525	7.6
France.....	2.500	38.343.190	6.5
Autriche.....	605	23.895.413	2.5
Italie.....	230	30.535.846	0.75
Russie.....	450	99.806.000	0.45

Ces statistiques n'ont et ne peuvent avoir aucun caractère de précision absolue. Elles ne donnent même qu'une approxi-

[1] *die Heilerziehungs und Pflege Anstalten für Schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und in den übrigen europäischen Staaten* von P. STRITTER. Hamburg 1902. Agentur des Rauhen Hauses.

Digitized by Google

mation assez relative. C'est ainsi que dans les 2,500 débiles et épileptiques assistés en France ne sont compris que des enfants ou adolescents et non tous les débiles ou épileptiques adultes compris dans les asiles ou quartiers d'hospices : au contraire, dans le chiffre de 20,142 débiles et épileptiques assistés en Allemagne sont compris un grand nombre de malades adultes, en raison du mode spécial d'assistance des débiles et épileptiques dans ce pays.

D'autre part, dans les tableaux statistiques que nous avons consultés, les débiles sont mélangés avec les épileptiques et les résultats sont de ce fait rendus moins précis en ce qui concerne les débiles, qui seuls ici nous intéressent.

Il n'en reste pas moins évident que depuis 30 ans l'Allemagne a amélioré dans une très large mesure l'assistance de cette catégorie de malades ; la statistique de Laerh en 1874 comptait 27 asiles avec 1,959 malades et 531 fonctionnaires ; la statistique publiée par Sengelmann dans son « Idiotophilus » en 1885 compte 32 asiles avec 4,210 malades et 853 fonctionnaires ; en 1895, on compte 46 asiles avec 9,140 malades et 1,781 fonctionnaires ; enfin en 1902 il y a eu près de 100 asiles avec 20,000 malades et 3,700 fonctionnaires, soit, remarquons-le en passant, un fonctionnaire pour 5 malades.

Nous avons vu que, dans la vie de tout débile, on pouvait considérer pour ainsi dire deux périodes, une période que j'appellerais volontiers médicale ou médico-pédagogique pour bien spécifier que c'est la période par excellence d'application de ce traitement médico-pédagogique, période allant de 2 à 16 ans et une période de surveillance et d'utilisation pendant laquelle, sous une surveillance médicale, peuvent être, suivant les cas, utilisés soit au dehors, soit dans des établissements spéciaux les résultats obtenus par le traitement médico-pédagogique.

Nous n'avons en France d'établissement spécial que pour les malades de la 1re catégorie, pour les débiles au-dessous de 16 ou 17 ans. Les départements n'en présentent encore qu'un nombre trop restreint et c'est surtout dans le département de la Seine qu'on les rencontre. Parmi ces établissements, l'un d'eux, la section d'idiots de Bicêtre, mérite une mention particulière, car c'est le type des établissements pour idiots proprement dits, le modèle à étudier par tous ceux qui veulent s'occuper de ce sujet ; nulle part en Europe n'existe une installation aussi parfaite pour les idiots, aussi féconde en résultats.

En Allemagne les idiots proprement dits reçoivent seulement des soins hygiéniques (Pfleglinge) ; quant aux imbéciles, aux débiles et aux dégénérés, le traitement est plus pédagogi-

Digitized by Google

que que médical. C'est ainsi qu'à l'asile d'idiots de Dalldorf, près Berlin, asile qui, nous l'avons déjà noté, ne reçoit pas d'idiots proprement dits, le véritable directeur du traitement est l'instituteur, le médecin n'intervenant que s'il se présente une maladie intercurrente ; il s'agit là, en somme, d'une véritable institution. De même nature sont les asiles de Nossen en Saxe et de Biedermensdorf, près Vienne, en Autriche.

Dans certains cas, le directeur est l'instituteur, ayant sous ses ordres un médecin, tel l'asile de Grosshennersdorf, en Saxe.

Il arrive cependant que le Directeur soit un médecin aliéniste ayant sous ses ordres les instituteurs, tels les asiles de Sleswig, de Niedermarsberg près Cassel, de Kierling Gugging, près Vienne ; d'ailleurs ce système prévaut à l'heure actuelle et tous les projets d'asiles de débiles en Allemagne et en Autriche comportent un directeur-médecin.

En Norwège, dans les deux asiles de Thorshaug et de Linderen, près Christiania, on ne reçoit que des enfants susceptibles d'acquérir une certaine instruction, c'est-à-dire les débiles proprement dits et les dégénérés. Les idiots et imbéciles sont absolument laissés de côté jusqu'à présent en Norwège.

Les enfants sont jugés éducables d'après un questionnaire imprimé qui doit être rempli en présence d'un médecin : il existe là un ébauche du questionnaire dont je parlais plus haut. Ces deux asiles norwégiens sont dirigés par des instituteurs, mais sous la surveillance d'un médecin-directeur des services administratifs au Ministère de l'Intérieur.

Outre les particularités dont nous venons de parler, ce qui différencie les asiles étrangers des nôtres, c'est que les enfants n'y sont pas considérés comme des aliénés, bien qu'étant seulement reçus d'après un certificat médical explicite.

Dans la plupart des asiles pour débiles, aussi bien asiles français qu'étrangers, lorsque ces débiles deviennent adultes, la question se pose de savoir qu'en faire, à moins, bien entendu, qu'ils ne soient susceptibles d'être rendus à la vie commune, soit seuls, soit sous la surveillance de leur famille.

En France, la solution adoptée consiste à les faire passer dans un service d'aliénés et il faut bien reconnaître que cette solution à moins de quelques cas spéciaux, n'est pas brillante.

Sont-ils donc des aliénés ces débiles proprement dits, ou même ces imbéciles, parfaitement conscients de leurs actes, inoffensifs, travailleurs, mais ne travaillant pas suffisamment bien pour gagner leur vie, surtout dans une grande ville où les salaires sont élevés sans doute, mais où les ouvriers doivent être très adroits pour trouver à s'occuper, — ces arriérés, faibles de caractère et ne pouvant se livrer à un travail suivi

Digitized by Google

que si une direction intelligente leur indique à tout instant la voie ? Sont-ils donc des aliénés autrement dit leur place est-elle au milieu des malades mentaux, des aliénés, à ces dégénérés vicieux, menteurs, porteurs de toutes les tares morales, qui mettent, avec une conscience parfaite de leurs actes, le trouble dans tous les services où ils se trouvent, tyrannisent les malades inoffensifs, brutalisent les gardiens en les insultant, en les menaçant de les faire mettre dehors s'ils viennent à les frapper, eux malades, à ces véritables antisociaux dont toute l'intelligence n'est occupée qu'à servir leurs perversions instinctives, qui fomentent révolte sur révolte, s'évadent après avoir volé les autres malades, restent dehors assez pour accomplir quelque nouveau méfait, mais savent se servir comme d'un plastron de leur qualité d'ancien pensionnaire d'asile pour échapper à toute répression sérieuse ?

Pour assurer le sort des idiots, imbéciles, débiles adultes, d'intéressants et fructueux essais ont été faits en Allemagne dans les asile d'Alsterdorf, près Hambourg, de Langenhagen, près Hanovre et de Kückenmühle, près Stettin. Je dis fructueux essais, car ces asiles après des débuts modestes, ont tous pris une extension rapide grâce à l'utilisation rationnelle du travail manuel. Dans ces domaines prospères, les débiles vivent presque en liberté, logés dans des pavillons coquets, et paraissent tous heureux.

Le type des installations de ce genre est l'asile Keller à Brejning, en Danemark.

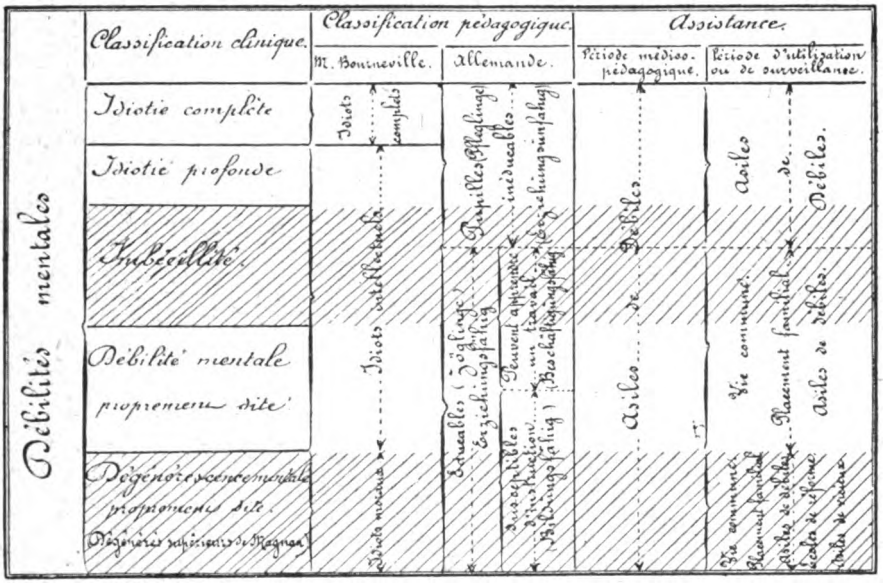
Ouvert tout récemment par le professeur Keller, avec l'idée de substituer, dans la limite des budgets, l'asile-château à l'asile-prison, cet asile, destiné à l'hospitalisation de toutes les débilités mentales, de tout âge et de tout sexe, bâti sous forme de grands pavillons très décoratifs, tous isolés au milieu des bois, au bord d'un fjord délicieux, cet asile, par le point de vue uniquement médical qui a présidé à sa formation, par la disposition ingénieuse des services, par la largeur de vues qui dirige son fonctionnement, mériterait plus qu'une description de quelques lignes.

A cet asile Keller ainsi qu'à l'asile d'idiots de Dalldorf est en vigueur depuis quelques années un système qui a donné les résultats les meilleurs à l'égard de certains débiles intelligents, susceptibles de travailler au dehors mais n'ayant personne pour les surveiller, c'est le système du placement familial. Il consiste à placer le débile loin des villes, dans un village, chez une famille honorable, de préférence sans enfants. Dans le même village on ne place pas plus de 2 ou 3 enfants; les enfants sont placés sous la tutelle immédiate du pasteur, du médecin ou de

Digitized by Google

l'instituteur, et restent sous la tutelle à distance du médecin de l'asile qui, 2 ou 3 fois par an, vient faire une tournée d'inspection. Au début, une allocation mensuelle est accordée au nourricier pour l'entretien, le renouvellement du trousseau de l'enfant, mais si le pupille travaille suffisamment, l'allocation est peu à peu réduite, au prorata des services rendus. Si l'enfant ne peut se maintenir au dehors, il est ramené à l'asile.

Ce système est excellent comme transition entre la vie d'asile et la vie courante, pour tâter en quelque sorte les aptitudes sociales de l'enfant.



En ce qui concerne les dégénérés vicieux, si, après avoir suivi le traitement médico-pédagogique, leurs tares morales n'ont pas diminué, s'ils sont non seulement incapables de vivre au dehors mais encore une cause de perturbation et de gêne pour les malades qui les entourent, leur place n'est plus à l'asile.

Elle est tout d'abord dans une de ces écoles de réforme si bien décrites dans le livre de M. Thulié, écoles dont la ville de Paris a créé un spécimen dans la magnifique école Lepelletier de Saint-Fargeau — puis, à la limite, dans un service spécial d'aliénés vicieux.

En résumé, qu'il appartienne à l'une quelconque des 5 classes de débilités mentales que nous avons décrites, la place du débile de 2 à 16 ans est à l'asile de débiles pour y être soigné par le traitement médico-pédagogique.

Digitized by Google

Arrivés à l'âge adulte, les débiles, à moins qu'ils ne soient capables de vivre au dehors, ou qu'une complication mentale nécessite leur placement dans un service d'aliénés, nous paraissent devoir être placés :

a : En ce qui concerne les idiots, les imbéciles et un certain nombre de débiles proprement dits, dans un établissement pour débiles qui puisse utiliser leurs capacités spéciales ;

b : En ce qui concerne les débiles très améliorés, ainsi que certains dégénérés améliorés aussi, dans les familles, en attendant qu'ils puissent vivre au dehors ;

c : Quant aux vicieux, leur place est non à l'asile, mais, selon leur degré d'imbécillité morale, dans une école de réforme ou dans un service spécial de vicieux.

Le tableau ci-dessus résume schématiquement les diverses classifications employées ainsi que les différents modes d'assistance susceptibles d'être appliqués aux débiles.

VARIÉTÉS

CABANIS ET LA PSYCHOLOGIE DES SENSATIONS

Par Charles Pfeiffer

L'artifice habile d'une statue à laquelle Condillac accordait successivement l'usage des cinq sens, lui avait permis d'évaluer les éléments qu'ils fournissent à l'esprit. Il concluait, entraîné par la clarté et la simplicité séduisante de cette méthode, que l'esprit humain ne contient que ce qu'il peut extraire des sensations ; et jamais l'axiome d'Aristote, ou du moins celui qu'on lui prête, « il n'y a rien dans l'esprit qui n'ait passé par les sens », ne lui avait paru aussi juste.

Malheureusement pour la psychologie de Condillac, elle était sans autre fondement qu'une série de suppositions ingénieuses. On n'y trouve pas le moindre souci de l'anatomie ; à peine l'auteur sait-il la place des régions sensibles correspondant aux organes des sens. Il ignore le cerveau et le système nerveux ; il ne s'inquiète pas des organes internes. L'homme, selon lui, est un pur schéma composé d'une périphérie sensible et d'une âme. Et il nous est absolument impossible de saisir comment la sensation, née dans un organe périphérique, peut aboutir à cette âme, « substance simple, indivisible, distincte du corps [1]. »

Cabanis, nourri aux doctrines de la fin du XVIIIe siècle, médecin avant d'être psychologue, ne pouvait manquer de relever les points faibles du système de Condillac. Son admiration pour lui, pour sa

[1] Art de Penser, p. 13. Edition de l'an VII.

Digitized by Google

raison lumineuse et sa méthode parfaite, ne l'empêche pas de reconnaître « qu'il a manqué de connaissances physiologiques dont ses ouvrages auraient pu profiter utilement[1]. » L'oubli dans lequel l'auteur du *Traité des Sensations* laisse la structure organique de l'homme, l'entraîne à admettre, au moins implicitement, deux principes directeurs de la vie : l'un, la *sensibilité*, en vertu de laquelle se produisent les sensations ; l'autre que Condillac ne nomme d'ailleurs nulle part, mais qu'il serait nécessairement conduit à reconnaître s'il était quelque peu physiologiste : celui qui règle les mouvements vitaux, la digestion, la circulation, etc.

Or, de l'avis de Cabanis, toute l'insuffisance de la doctrine de Condillac vient de ce qu'il s'est fait des sensations, et en général de la *sensibilité*, une idée incomplète. Il importe, si l'on veut établir, la psychologie sur une base durable, de définir d'abord nettement la sensibilité, de la distinguer avec soin d'autres propriétés avec lesquelles on l'a trop souvent confondue, de l'examiner dans toutes ses manifestations.

I

L'homme est en rapport avec le monde extérieur par sa superficie cutanée et par les portions différenciées de cette superficie qui constituent les organes des sens. Toutes ces surfaces peuvent être le siège d'*impressions*, soit simultanément, soit isolément : et ce dernier cas est nécessairement le plus fréquent. Ces phénomènes, localisés, étaient par là faciles à étudier, à distinguer ; et Locke d'abord, Condillac plus tard, ont bien montré leur rôle dans l'acquisition de nos connaissances.

Mais, se demande Cabanis, l'esprit ne reçoit-il d'impressions que celles qui agissent sur les organes des sens ? Puisque ces sensations d'origine externe sont assez bien connues, une analyse précise de leur mécanisme conduira sans doute à en reconnaître encore d'autres et à nous révéler la manière dont elles s'effectuent.

« Toute sensation, écrit Cabanis, ou toute impression reçues par nos organes, ne sauraient sans conteste avoir lieu sans que leurs parties éprouvent des modifications nouvelles. Or nous ne pouvons concevoir de modification nouvelle sans *mouvement*. Quand nous sentons il se passe donc en nous des mouvements, plus ou moins sensibles, suivant la nature des parties solides ou des liqueurs auxquelles ils sont imprimés, mais néanmoins toujours réels et incontestables[2]. »

La sensibilité est liée intimément à la motricité. Tout mouvement physiologique d'un organe quelconque résulte d'une impression sensible parvenue au système nerveux et renvoyée, pour ainsi dire, de ce centre vers l'organe. Il n'y a pas de mouvement qui ne dépende de la sensibilité : tous deux ont « une source unique[3]. »

[1] Rapports du Physique et du Moral, p. 77. Edition de 1844. 1 vol in-8° avec Introduction et Notes par L. Peisse.
[2] Ouvrage cité. Second Mémoire, p. 113.
[3] Quatrième mémoire, p. 193.

Digitized by Google

Mais, peut-on objecter, chacun sait qu'il y a des mouvements *volontaires*, c'est-à-dire visiblement dûs à une intervention du système nerveux, accompagnée de la conscience de l'acte effectué, et des mouvements non voulus. « Si le mouvement progressif et l'action d'un grand nombre de muscles sont soumis aux déterminations raisonnées de l'individu, écrit Cabanis, plusieurs mouvements d'un autre genre, quelques-uns même d'un genre analogue, s'exécutent sans sa participation : et sa volonté non seulement ne peut pas les exciter ou les suspendre, elle ne peut pas même y produire le plus léger changement[1]. » Et les exemples abondent : le cœur bat, les sécrétions s'opèrent, les intestins se contractent et se meuvent, sans que nous y puissions rien. — Quelle est l'origine de ces mouvements ?

Ils dérivent encore de la sensibilité. Tous nos organes internes, sont le siège d'impressions, dont nous n'avons nulle conscience à l'état normal; ce sont elles qui, renvoyées à l'organe par l'entremise du système nerveux, causent les mouvements involontaires remarqués. Tout est donc calqué sur ce qui a lieu pour les impressions sensorielles.

Telle est l'hypothèse de Cabanis. Comment peut-on la justifier?

Il est d'observation courante que certaines dispositions anormales, et quelques affections des viscères abdominaux ou thoraciques, modifient la manière habituelle de sentir et de penser. Sous l'influence de divers états morbides, on voit souvent naître des dispositions mentales remarquables par leur anomalie, leur intensité et leur durée. La menstruation et la grossesse s'accompagnent parfois de désordres psychiques, et Cabanis pense même que la folie peut dépendre de troubles dans les fonctions internes. Les profondes modifications de l'intelligence à l'époque de la puberté, dans l'un et l'autre sexe, dérivent du développement des organes sexuels. Le système génital, « uni par de nombreux rapports à tous les organes de l'abdomen, et qui s'est fait remarquer à peine depuis la naissance, sort pour ainsi dire tout à coup de son engourdissement. Déjà sa sensibilité particulière, obscure jusqu'alors, se montre toute développée : les opérations cachées dans sa structure délicate ont retenti de toutes parts : son influence s'est fait sentir aux parties qui lui paraissent le plus étrangères : en un mot, par lui seul, tout a changé de face[2]. »

Remarquons la précision avec laquelle Cabanis relève l'action profonde de l'appareil génital. Il écrit un peu plus loin : « Il est certain que la résorption des humeurs spéciales que préparent les organes de la génération, et l'influence directe qu'ils exercent par leur vive sensibilité sur tout le système sanguin, donnent alors au sang plus d'énergie et de vitalité[3]. » Et ces changements matériels, étudiés depuis en détail, ne sont pas les seuls[4]. Ils se com

[1] Second Mémoire, p. 107.
[2] Second Mémoire, p. 117.
[3] Cinquième Mémoire, p. 232.
[4] Travaux de Brown-Séquard et Théorie des glandes à *sécrétion interne*.

Digitized by Google

pliquent d'un nouvel état mental à propos duquel nous ne suivons pas Cabanis dans les réflexions ingénieuses que ce sujet lui inspire[1].

Ces faits, auxquels nous pouvons joindre « une grande quantité de dissections comparées » dans des cas de maladies abdominales correspondant à des altérations de l'intelligence, suffisent à nous démontrer l'existence des sensations internes. « Puisqu'ils influent directement par leurs désordres sur ceux de la pensée, les organes abdominaux contribuent donc également, et leur concours est nécessaire, dans l'état naturel, à sa formation régulière[2]. » Nous pouvons donc bien admettre, avec Cabanis, que « les idées et les déterminations morales ne dépendent pas uniquement de ce qu'on nomme les sensations, c'est-à-dire des impressions distinctes reçues par les organes des sens proprement dits; mais que les impressions résultantes des fonctions de plusieurs organes internes y contribuent plus ou moins, et dans certains cas, paraissent la produire uniquement[3]. »

Notons, dès maintenant, la distinction évidente entre les deux ordres de sensations. Tandis que les sensations externes sont nettement isolables, les impressions viscérales sont au contraire confusément mélangées, et empiètent les unes sur les autres. Leur existence est indéniable; mais elles revêtent un caractère spécial, lié sans doute aux dispositions anatomiques des organes où elles naissent et de ceux où elles produisent leurs effets.

En ce qui concerne ce que l'on pourrait appeler l'anatomie des sensations internes, Cabanis est très pauvre en explications; il nous prévient dans une note, en tête du Second Mémoire, qu'il laissera de côté toute description, et nous renvoie aux ouvrages de Boyer et de Bichat.

Cette absence de détails anatomiques nous importe, en somme, assez peu : l'anatomie macroscopique, en ce qui concerne le système nerveux ne renseigne que très incomplètement sur la physiologie des organes, et c'est, dans le cas particulier, cette physiologie qui nous manque surtout. Si l'on songe que la distinction entre le nerf sensitif et le nerf moteur ne sera établie par Magendie qu'en 1822, on comprend la tendance de Cabanis à imaginer des explications hypothétiques qui d'ailleurs ne sont pas toujours invraisemblables.

C'est ainsi que pour répondre à la question de savoir dans quelle partie du névraxe s'opèrent les sensations internes, il écrit : « Il faut considérer le système nerveux comme susceptible de se diviser en plusieurs systèmes partiels inférieurs, qui tous ont leur centre de gravité, leur point de réaction particulière, où les impressions vont aboutir et d'où partent des déterminations de

[1] Cinquième Mémoire.
[2] Premier Mémoire, p. 93.
[3] Second Mémoire, p. 118.

Digitized by Google

mouvements[1]. » Pour Cabanis, le système nerveux n'est donc pas fonctionnellement homogène.

Gall reprendra cette idée, assez imparfaite encore chez Cabanis, et l'exagèrera. Entre ses « organes cérébraux », il n'y aura plus de communication possible ; chacun s'isolera de ses voisins; le système nerveux formera comme une mosaïque de petits centres délimités, d'où cette conséquence au point de vue psychologique, l'impossibilité de concevoir un *moi* synthétisé, des opérations intellectuelles coordonnées.

Pour Cabanis, au contraire, les centres nerveux sont reliés l'un à l'autre. Il y a quelque part (sans que Cabanis précise davantage) dans le cerveau, un *centre commun*. Tous les centres partiels inférieurs lui sont unis par la moëlle allongée, la moëlle épinière, les nerfs eux-mêmes. Ils pourront donc fonctionner simultanément, additionner leurs résultats, quels que soient d'ailleurs ceux-ci. Au total, les centres sont les régions où vont aboutir les impressions, et d'où partent les déterminations de mouvements.

Il s'agit maintenant de déterminer à quels centres particuliers arrivent respectivement les sensations externes, le plus souvent perçues, et les impressions internes presque toujours inconscientes. On a fait dire à Cabanis sur ce sujet, à peu près tout ce qu'on a voulu, uniquement parce qu'on n'a pas pris la peine de pénétrer attentivement le sens rigoureux qu'il donne aux mots.

Cabanis écrit : « Ce sont bien véritablement les nerfs qui *sentent*; et c'est dans le cerveau, dans la moëlle allongée et vraisemblablement aussi dans la moëlle épinière que l'individu *perçoit* les sensations[2]. » Peisse, commentateur de la huitième édition des *Rapports*, croit trouver une contradiction flagrante dans les termes de cette phrase, et il écrit en note : « Il est facile de voir que l'auteur n'était pas parvenu à se faire une opinion bien arrêtée sur le rôle respectif des nerfs et du cerveau dans la sensation. »

Il suffit, pour s'assurer au contraire que Cabanis a une « opinion arrêtée » de le lire avec attention. « Des expériences directes, dit-il, ont prouvé que le cerveau, la moëlle allongée, la moëlle épinière et les nerfs sont les véritables organes du sentiment... Tous ces nerfs si déliés vont se distribuer aux différentes parties du corps, de sorte que chaque point sentant a le sien et *communique*, par son entremise, avec le centre cérébral[3]. » Le nerf, pour Cabanis, est une voie de communication ; ce n'est pas lui qui perçoit, mais c'est bien lui qui *sent*, au même titre que le reste du système nerveux, puisque la sensation est un mouvement transmis par le nerf jusqu'aux centres.

Dans la pensée de Cabanis, nous ne sommes pas autorisés à scinder l'appareil organique nécessaire à toute sensation, pour envisager isolément le nerf, la moëlle et le centre. Une pareille division est sans doute possible au point de vue de l'anatomie des-

[1] Dixième Mémoire, p. 503.
[2] Premier Mémoire, p. 90.
[3] *Ibid.*

Digitized by Google

criptive, mais ne saurait être admise physiologiquement. Elle conduit toujours et infailliblement à de grossières erreurs ou à des discussions oiseuses : par exemple au prétendu problème qui consiste à se demander si la perception a lieu dans le cerveau ou dans le nerf excité, et pourquoi nous rapportons une impression visuelle à notre œil, et une impression tactile à la région cutanée où l'excitation est portée.

Quoiqu'il en soit, il paraît admissible que les sensations externes, celles qui sont nettement perçues, ont leur point d'arrivée dans le centre commun, siège de la conscience, le cerveau ; et que les sensations internes, ou impressions « résultantes des fonctions de plusieurs organes intérieurs », ont lieu dans l'un des centres partiels inférieurs, en conséquence ne vont pas aboutir au cerveau.

Telle est l'opinion de Cabanis. Cependant, pour ce qui est de cette dernière assertion, il fait lui même quelques réserves. « Chez les sujets éminemment sensibles, dit-il, les impressions intérieures, et même dans certains cas, les opérations des viscères qui s'y rapportent, deviennent percevables au moyen de l'extrême attention que ces sujets y donnent : et l'on ne peut pas douter que la même chose n'arrivât plus fréquemment, si les objets extérieurs n'occasionnaient de continuelles diversions [1]. »

Cette remarque lève à elle seule une objection. On pourrait demander à Cabanis si les mouvements organiques qui dépendent pour lui de la sensibilité, ne seraient pas dûs réellement à cette propriété des tissus musculaires qu'on connaît depuis Haller, sous le nom *d'irritabilité*.

Cabanis répond longuement à cette question. Quand on examine attentivement, écrit-il, la question de l'irritabilité, l'on s'aperçoit bientôt que ce n'est qu'une question de mots, comme beaucoup d'autres qui divisent le monde depuis des siècles. « L'*irritabilité* est la faculté de contraction qui paraît inhérente à la fibre musculaire, et que le muscle conserve même après la mort, ou après qu'il a été séparé des centres nerveux de réaction. La fibre *excitée par divers stimulants*, se fronce et s'allonge alternativement, et voilà tout. Mais dans les mouvements organiques coordonnés il y a plus que cela, dont le monde en convient. Or, outre ceux de ces mouvements qui sont déterminés par des imprsesions perçues, il y en a plusieurs qui sont déterminés par des impressions dont l'individu n'a nullement la conscience ; et cependant comme les premiers ils cessent avec la vie, ils cessent quand l'organe n'a plus de communications avec les centres sensibles ; ils cessent en un mot avec la sensibilité... La sensibilité est donc la condition fondamentale sans laquelle les impressions dont ils dépendent ne produisent aucun effet, sans laquelle même elles n'ont point d'existence, puisqu'elles ne nous sont connues que par eux. Ainsi, comme nous n'appelons *sensation que l'impression perçue*, il y a bien véritablement *sensibilité sans sensation* [2] ».

[1] Second Mémoire, p. 134.
[2] Dixième Mémoire, p. 501-502.

Digitized by Google

Voilà qui ne laisse plus d'équivoque possible. La sensibilité soumet à ses lois propres à la fois toutes les impressions sensorielles et toutes les impressions nées dans nos organes intérieurs, à la fois, en d'autres termes, le *conscient* et *l'inconscient*.

Pour la première fois, Cabanis fait décidément rentrer dans les manifestations de la vie psychique un ensemble de phénomènes dont l'action latente ne doit pas être négligée dans l'interprétation des nombreux processus dont l'esprit est le siège. Ce sera tout un problème, aussi neuf qu'important, que de préciser le rôle de l'*inconscient* dans la constitution des sentiments, des émotions, des instincts, de la vie affective tout entière ; de rechercher quelle part il peut même prendre au développement de ce que l'on appelle les facultés intellectuelles supérieures. Quelle que soit la réponse à chacune de ces questions, on prévoit dès maintenant que nous n'avons nullement le droit, sous le vain prétexte de simplifier l'examen des faits, d'isoler les fonctions psychiques, de les séparer abstraitement de leurs antécédents et aussi de leurs résultats, de faire de la mentalité une collection d'actes irréductibles, comme l'imagineront plus tard les phrénologistes. En réalité la vie spirituelle tout entière a ses racines et sa limitation dans la vie organique. Elles sont l'une et l'autre les deux faces de la sensibilité qui caractérise la matière vivante ; il n'y a pas entre elles l'abîme infranchissable qu'on s'obstine trop souvent à y trouver.

II

Le système nerveux ne fait pas que recevoir les deux catégories d'impressions que nous avons reconnues jusqu'ici. Il en produit lui-même de « directes » par l'effet de certains changements qui se passent dans son intérieur, et qui ne dépendent d'aucune action exercée soit sur les extrémités sensantes extérieures, soit sur celles des autres organes internes.

Cabanis imagine que la cause de ces impressions directes « s'applique uniquement à la pulpe cérébrale ou nerveuse ». ce qui est aussi vague que difficile à démontrer. « Pour accroître ces impressions, continue-t-il, l'organe sensitif réagit sur lui-même » : hypothèse pure qui ne nous apprend rien [1]. Mieux vaut renoncer provisoirement à toute tentative d'explication, et chercher d'abord comment démontrer cette activité *spontanée*, au moins en apparence, du système nerveux.

On rencontre fréquemment des malades dont les troubles mentaux, malgré la minutie des observations nécroscopiques, ne paraissent pas tenir à des lésions de viscères ou des sens externes, mais bien plutôt à des altérations des centres nerveux. La consistance, la couleur, l'organisation même de la pulpe cérébrale se sont trouvées « dans un état contre nature ». Mais sans aller jusqu'aux cas pathologiques, qui sont d'ailleurs une exagération de ce qui se passe à l'état normal, nous voyons le centre sensitif « entrer de

[1] Troisième Mémoire p. 145.

Digitized by Google

lui-même en activité, nous voyons qu'il peut, pour cela, se passer d'impressions étrangères, qu'il peut même à certains égards les écarter et se soustraire à leur influence [1] ». C'est ainsi que s'exercent les opérations de l'imagination et de la mémoire. Les notions des objets qu'on se rappelle et qu'on se représente ont bien été fournies par les impressions reçues dans les divers organes ; mais l'acte qui réveille leur trace, qui les offre au cerveau sous leurs images propres, qui met cet organe en état d'en former une foule de combinaisons nouvelles, ne dépend *souvent*, en aucune manière, de causes situées hors de l'organe sensitif. Et Cabanis prend soin d'ajouter en note : « Je dis souvent et non pas toujours. Dans beaucoup de cas, les opérations de l'imagination ou de la mémoire sont directement excitées et déterminées, à notre insu, par des impressions qu'il faut rapporter aux extrémités sentantes, externes ou internes [2] ».

De telle sorte que si l'on récapitule les preuves en faveur de l'existence de déterminations spontanées du système nerveux, il est assez difficile de formuler une conclusion. Néanmoins comme il est impossible, même actuellement, de nier la spontanéité des décisions volontaires capables de susciter dans la conscience, des souvenirs ou des représentations, nous admettrons la troisième classe d'impressions distinguées par Cabanis.

III

Plus près de l'homme physique que ne s'était placé Condillac, nous avons découvert une triple origine à nos connaissances. Et si nous entreprenions alors d'attribuer à une statue chacune des manières de sentir, afin d'évaluer les acquisitions qu'elle en pourrait tirer, il est probable que nous reculerions devant l'insurmontable difficulté de notre projet. Accorder à notre statue l'odorat, l'ouïe, la vue et le toucher, nous mènerait vraisemblablement aux conclusions de Condillac ; mais lui donner ce que nous appelons les sensations internes, la soumettre aux impressions émanées du système nerveux, cela reviendrait à détruire notre schéma, et à lui substituer toute la complexité d'un être vivant.

Mais cela nous montrerait, du même coup, la stérilité de la méthode condillacienne. Bâtir avec peine une sorte de carcasse dans laquelle on ajuste au hasard des rouages et des ressorts fantaisistes, qu'on espère voir jouer et fonctionner comme un organisme ; créer de toutes pièces un fantôme qu'on va jusqu'à comparer à l'homme doué de la vie sensible ; dans lequel on se plait à voir une simplification de la nature ; c'est en vérité s'éloigner comme à dessein du problème psychologique, et lui donner une solution illusoire.

La méthode de Cabanis est moins élégante peut-être, mais elle est plus sûre. Elle consiste simplement à se guider sur les faits

[1] Troisième Mémoire, p. 148.
[2] *Ibid.* p. 148.

Digitized by Google

tels que l'observation nous les offre ; à suivre leur liaison réelle, au lieu de les enfermer chacun dans un cadre distinct et sous une dénomination abstraite.

En ce qui concerne particulièrement les trois classes de sensations reconnues comme substratum de la vie mentale, Cabanis détermine avec soin les rapports qui les unissent dans l'organisme, leurs réactions mutuelles, les conditions de leur production.

Tout d'abord, la différence dans la nature des données sensorielles ne parait pas tenir à des différences dans la structure des filets nerveux mais à leurs *terminaisons variables* dans les tissus. Les nerfs ne se distinguent les uns des autres « ni par leur substance, ni par leur structure [1] » ; mais si l'on compare leur mode d'épanouissement dans la rétine et dans la pulpe des doigts, on trouve une dissemblance qui suffit à expliquer l'impossibilité de confondre jamais une impression tactile avec une impression visuelle.

Ceci admis, toutes les sensations, selon Cabanis, « peuvent et doivent se rapporter au *tact* ; c'est en quelque sorte le sens général : les autres n'en sont que des modifications ou des variétés [2] ». Nous ne le suivrons pas dans les considérations purement anatomiques qu'il consacre aux organes des sens ; nous ne retiendrons que la conclusion qui s'en dégage : c'est que malgré leurs rapports intimes et compliqués, les organes sensoriels donnent cependant lieu à des impressions qu'on peut à la rigueur isoler, distinguer nettement. Il n'en est pas de même de nos sensations internes.

Ici, pas de dénombrement possible, aucune localisation précise. « Nous avons dû renoncer à l'espoir de ranger toutes ces opérations en classes bien distinctes » avoue Cabanis. Pour obvier à cette insuffisance nous pouvons employer une voie détournée : chercher quelles relations existent entre les sensations internes et d'autres phénomènes physiologiques dont l'influence sur le moral est plus facilement appréciable.

On a depuis longtemps observé un rapport étroit entre les organes de la génération et l'odorat. Au dire de Cabanis, les médecins savent calmer les affections des organes sexuels par des substances douées d'une forte odeur ; la saison des fleurs, des senteurs printanières, est aussi celle des amours chez la plupart des animaux. Mais sans aller jusqu'à des arguments aussi fantaisistes, il est certain que les odeurs agissent fortement et directement par elles-mêmes sur tout le système nerveux : il n'est pas étonnant qu'alors elles disposent à toutes les sensations agréables, et en particulier à celles qui intéressent des organes où prennent leur source « les plaisirs les plus vifs accordés à la nature sensible. »

Tout le monde connait l'effet nauséeux des mauvaises odeurs ; on sait que dans quelques états morbides nerveux, les fonctions de l'ouïe peuvent subir de plus ou moins grandes perturbations et

[1] Troisième Mémoire, p. 167.
[2] *Ibid.*

Digitized by Google

même disparaître tout à fait ; un grand nombre de maladies des yeux dépendent « de matières nuisibles introduites ou accumulées dans le canal alimentaire ». Et l'on pourrait multiplier ces exemples de *sympathies* entre les organes sensoriels et les viscères.

A quoi tiennent ces sympathies ? Elles sont connues depuis les origines de la médecine. et le mot sympathie a couvert l'ignorance de bien des écoles. Cabanis nous assure que nous devons considérer les sympathies entre organes comme la manifestation d'une « affinité mutuelle ». Pénétré de l'importance des découvertes et de la précision méthodique de la chimie, qui commençait à s'élever au rang d'une science, Cabanis s'inspire des théories régnantes,et emprunte aux chimistes leur « affinité » hypothétique, pour la transporter dans la physiologie. Mais ce n'est pas là une explication ; et si un organe retentit sur un organe voisin, c'est sans doute grâce à des rapports anatomiques que Cabanis ne méconnait pas complètement d'ailleurs, en dépit de ses incursions dans le domaine de l'imagination. « On peut regarder comme certain, dit-il, que ce sont les nerfs qui distribuent la sensibilité dans tous les organes, dont ils forment *le lien général* en faisant concourir leurs fonctions diverses à produire et constituer la *vitalité commune* [1] . » Une impression, déterminée dans un organe unique, peut se transmettre à tout le système sensitif, et donner lieu à des mouvements de tout le système moteur : c'est par exemple le cas des convulsions dues à la présence de vers parasites dans l'intestin des enfants. Mais l'impression, au lieu d'étendre si loin ses effets, peut s'arrêter à un seul centre nerveux inférieur, ou à quelques-uns seulement de ces centres : elle produit ainsi des déterminations inconscientes et locales telles que l'hypersécrétion intestinale, les convulsions partielles, etc.

Cette variété dans les effets d'une impression tient à plusieurs causes : à l'intensité et à la durée de l'excitation ; à l'organe auquel elle s'applique ; à l'état du système nerveux qui la reçoit ; aux dispositions normales ou morbides de l'individu.

Pour que les impressions soient reçues ou agissent convenablement, il faut qu'elles aient « une certaine vivacité déterminée ; qu'elles se portent de la circonférence au centre pour produire le sentiment, et reviennent ensuite du centre à la circonférence pour produire le mouvement ; le tout avec une vélocité moyenne : il faut que le sentiment ne soit point émoussé, point languissant, etc [2]...» Tout cela ne signifie rien. Cabanis observe cependant, un peu plus loin, que les impressions par eur durée et leur violence causent le *plaisir* et la *douleur*. « On ne doit pas négliger d'observer, ajoute t-il, que les impressions agréables peuvent, par leur durée ou leur intensité, produire le malaise ou même la douleur [3] ». On souhaiterait voir Cabanis s'arrêter d'avantage sur ce fait intéressant de sensations agréables devenant douloureuses par leur succession et

[1] Second Mémoire, p. 110.
[2] Troisième Mémoire, p. 159.
[3] Second Mémoire, p. 133.

Digitized by Google

leur addition ; mais il préfère émettre quelques hypothèses sur la manière dont se comportent les extrémités nerveuses dans le plaisir et la douleur. Il s'attache néanmoins à montrer les effets de l'*attention*. « Nous savons avec certitude que l'attention modifie directement l'état local des organes, puisque sans elle les lésions les plus graves ne produisent souvent ni la douleur, ni l'inflammation qui leur sont propres ; et qu'au contraire une observation minutieuse des impressions les plus fugitives, peut leur donner un caractère important, ou même occasionner quelquefois desim pressions véritables, sans cause réelle extérieure ou sans objet qui les détermine [1] ».

Mais qu'est donc cette attention à laquelle Cabanis subordonne la sensibilité lorsqu'il écrit : « Chaque organe a, dans l'ordre naturel, une faculté de sentir limitée et circonscrite ; cependant des excitations habituelles peuvent reculer beaucoup les bornes de cette faculté, mais c'est toujours aux dépens des autres organes ; l'être sensitif n'étant capable que d'une certaine somme d'attention, qui cesse de se diriger d'un côté quand elle est absorbée de l'autre [2]. » L'attention est-elle distincte de la sensibilité avec laquelle l'auteur semble ici la confondre ? Mais il écrit ailleurs : « Les sensations externes et les impressions internes s'accroissent par leur propre durée qui ne fait que fixer l'*attention sensitive* [3] ». On voit maintenant que l'attention n'est qu'une disposition dans laquelle nous mettons notre système sensitif ? En quoi consiste-t-elle ? Quels efforts devons-nous faire pour être « attentifs » ? Voilà ce que Cabanis ne prend pas la peine de nous dire.

Pour ce qui est des rapports entre l'organe sensible et la sensation, Cabanis ne quitte pas les banalités et se perd encore dans des suppositions invérifiables.

Quel est l'effet sur les sensations, des états du système nerveux ? — Il paraît certain, pense Cabanis, que le fonctionnement des appareils sensoriels dépend avant tout de l'intégrité des centres sensitifs, cerveau, moëlle et nerfs eux-mêmes ; mais il avoue ingénument être hors d'état d'établir avec exactitude en quoi consiste cette intégrité.

Enfin, si la sensibilité varie, chez le même sujet, avec les conditions que nous venons d'énumérer, elle varie également avec les individus. Cabanis avance que les gens fortement musclés, soumis à des travaux violents et prolongés, sont doués d'une sensibilité moins délicate que ceux qui s'adonnent à des occupations sédentaires. Il conclut à l'influence des tempéraments sur la sensibilité : ce qui est d'observation vulgaire. Dès qu'il s'agit d'établir nettement le rôle d'un élément quelconque dans l'ensemble des processus organiques, Cabanis, trop pauvre anatomiste, se récuse et fait appel à une phraséologie vide de sens ; chaque fois qu'il est ques-

[1] Second mémoire, p. 133.
[2] *Ibid.* p. 129.
[3] Troisième Mémoire, p. 148.

Digitized by Google

tion de préciser le rôle d'un élément psychique ou physiologique dans la constitution des divers états mentaux, il a recours à l'hypothèse.

IV

Nous avons reconnu, avec Cabanis, les trois éléments qui servent à la constitution de l'esprit : sensations proprement dites, impressions internes, impressions nées dans le système nerveux. Nous avons vu avec quelles réserves l'auteur affirme l'existence de ces dernières.

Lorsqu'on pousse jusqu'au détail l'examen des arguments et des explications de Cabanis, on ne tarde pas à s'apercevoir combien sa psychologie des sensations est incomplète et, en trop d'occasions, superficielle et hypothétique.

Mais elle est intéressante et elle a sa valeur, par la nouveauté du point de vue auquel se place son auteur.

L'homme-statue de Condaillac, entend, voit, sent et touche, et c'est tout. L'homme est cependant un être qui *vit*, c'est-à-dire se nourrit, respire, secrète et se meut. Condillac oublie ce terme important du problème psychologique, et l'*esprit* auquel il aboutit est un schéma ingénieux, mais tout à fait insuffisant. Pour Cabanis, l'homme est avant tout et surtout un organisme. Il est en relation avec le monde extérieur par le moyen des sens, qui lui fournissent des notions indispensables à toute manifestation intellectuelle, mais en outre, l'être humain exécute les fonctions de la vie à l'aide d'organes compliqués qui reçoivent des nerfs, comme les appareils sensoriels, qui, par conséquent, ainsi que ces derniers, sont sous la dépendance de la *sensibilité*.

L'homme est bien « double », mais non plus au sens où l'entendaient saint Paul et les spiritualistes ; il est double par l'origine double de ses motifs d'action. Aux déterminations venues du monde extérieur par les sens, se joignent celles qui naissent dans l'intimité de ses organes, de ses tissus. Il voit bien autour de lui des objets colorés qui ravissent ses regards, il entend des voix agréables et le chant des oiseaux, il s'enivre du parfum des campagnes fleuries et il peut rendre, dans une langue imagée, tout ce que ces choses lui inspirent ; mais en même temps l'air pénètre ses poumons, son cœur bat, son sang circule, ses tissus se détruisent et se régénèrent, ses muscles détendus se reposent, et ces phénomènes, peu poétiques assurément, mais réels, vont retentir sur ses dispositions morales, accroître sa joie ou sa tristesse, laisser leurs traces jusque dans les mots qu'il prononce, ou dans les lignes qu'il écrit. . . . .

Digitized by Google

ENQUÊTES

MAINTIEN DES ALCOOLIQUES DANS LES ASILES APRÈS LA DISPARITION DES TROUBLES AIGUS

La *Revue de Psychiatrie* a pris l'initiative de provoquer les avis des médecins des services d'aliénés sur le maintien des alcooliques après la disparition des troubles aigus. A cet effet, elle a envoyé aux médecins la lettre suivante :

MONSIEUR ET CHER COLLÈGUE,

Permettez-moi de vous demander votre avis sur une question d'ordre professionnel.

Le maintien de l'alcoolique à l'asile aussitôt après la disparition des troubles mentaux aigus est une des questions les plus délicates que le médecin ait à résoudre. S'il fait un certificat aux fins de mise en liberté, il risque de faciliter — par une sortie précoce — une rechute du malade ; et s'il ne provoque pas cette sortie et qu'il maintienne ainsi le malade, il paraît être en contradiction avec les dispositions générales de la loi de 1838.

On comprend donc combien il serait intéressant d'avoir sur ce problème de déontologie spéciale les avis de chaque médecin d'asile. Cette consultation, dont les résultats — publiés par la *Revue de Psychiatrie* — seraient instructifs pour tous, fournirait au Parlement des avis autorisés, lorsque le projet de loi de M. le Dr Dubief sur les aliénés viendrait en discussion.

Permettez-moi d'insister auprès de vous pour que vous répondiez au questionnaire ci-joint.

Si cette tentative d'enquête réussissait, la *Revue de Psychiatrie* continuerait à provoquer les avis de ses correspondants sur les diverses questions professionnelles actuellement à l'étude.

Veuillez agréer,

Dr TOULOUSE.

QUESTIONNAIRE

1°. — Maintenez-vous les alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus ?

2°. — Combien de temps environ ?

3°. — Faites-vous à ce point de vue une distinction entre la première entrée et les autres entrées ?

4°. — Comment justifiez-vous[1] ce maintien ?

Plusieurs de nos collègues nous ont déjà répondu et quelques-uns ont bien voulu nous dire que notre initiative leur paraissait intéressante et utile. Nous prions ceux de nos collègues qui ne nous ont pas encore envoyé leurs réponses de le faire au plus tôt, afin que nous puissions, sans trop de retard, publier les résultats de cette enquête.

E. T.

[1] Légalement.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 30 juin 1902)

Insuffisance hépatique et délire par MM. VIGOUROUX et JUQUELIN. — *Les troubles physiques de la démence précoce* par MM. SÉRIEUX et R. MASSELON.

* * *

La communication de MM. VIGOUROUX ET JUQUELIN paraîtra *in extenso* dans la *Revue de Psychiatrie.*

* * *

M. MASSELON. Je présente, au nom de M. le Dr SÉRIEUX et au mien, une étude très complète sur les signes physiques de la démence précoce, dont voici les conclusions :

— Les déments précoces présentent des troubles somatiques variés dont les plus constants sont : la dilatation pupillaire, l'affaiblissement des réflexes pupillaires, l'exagération des réflexes tendineux, la diminution de la sensibilité à la douleur : les troubles des réflexes cutanés sont beaucoup moins fréquents. La plupart de ces symptômes (sauf l'exagération des réflexes tendineux) sont très variables chez le même sujet. C'est dans la forme catatonique que l'on rencontre le maximum de troubles physiques ; vient ensuite la forme hébéphrénique : les troubles somatiques sont beaucoup plus rares dans la forme paranoïde. Enfin la plupart de ces symptômes rétrocèdent avec les progrès de la maladie.

* * *

Eloge de Jules Falret. — M. MOTET, Président, rappelle au début de la séance la perte que vient de faire la Société en la personne de Jules Falret et, après avoir prononcé son éloge, suspend en signe de deuil la séance, qui est rouverte quelques instants après.

Rapports. — M. CHRISTIAN rend compte d'un travail de MŒBIUS tendant à démontrer que la femme est et restera inférieure à l'homme. Il combat l'opinion de l'auteur.

M. SEMELAIGNE lit le compte-rendu d'un mémoire du Pr DEL GRECO sur l'*Unité fondamentale des processus psychopathiques.*

Election. — Sur le rapport du Dr LEGRAIN, le Dr EDWIN GOODHEL est nommé membre correspondant.

Prix. — Le sujet du PRIX AUBANEL a été ainsi fixé : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale appuyée surtout sur des observations personnelles.*

(Séance du 28 juillet 1902)

Contribution à l'étude du cytodiagnostic dans la paralysie générale par MM. LEGRAIN et GUIARD. — Discussion : MM. JOFFROY, LEGRAIN, TOULOUSE, NAGEOTTE et VIGOUROUX.

M. GUIARD (au nom de MM. LEGRAIN et GUIARD). — La ponction

Digitized by Google

lombaire et le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien ont pris une grande importance en psychiatrie. La présence des lymphocytes indique une lésion organique du système nerveux et plus spécialement des méninges. On comprend la valeur de ce symptôme pour le diagnostic de la paralysie générale, lorsque les signes cliniques ne permettent pas de porter un diagnostic ferme. La constatation de ces éléments figurés permet d'éliminer les vésanies au cours desquelles on ne trouve aucune cellule blanche. Elle permet donc d'apporter plus de précision dans le diagnostic, souvent si difficile, toujours si important de la paralysie générale au début. Dans trois cas que nous avons pu suivre, nous avons trouvé une précieuse ressource pour le diagnostic dans l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 42 ans, entré dans le service de M. le docteur Legrain, à Ville-Evrard, avec le diagnostic d'alcoolisme aigu. Il était halluciné de l'ouïe et de la vue et présentait comme signes physiques, une légère inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et des mains, une parole bredouillante mais non caractéristique de la paralysie générale et une exagération des reflexes rotuliens. Il semblait bien s'agir d'un accès d'alcoolisme aigu, d'autant que le malade avouait des habitudes anciennes d'éthylisme. Mais la ponction lombaire pratiquée au cours de cet accès, fit constater la présence de nombreux lymphocytes dans le liquide céphalo rachidien. On vit s'apaiser peu à peu les symptômes de l'état aigu et apparaître les symptômes d'une paralysie générale qui emporta le malade sept mois après son entrée.

Dans le second cas, le malade présentait un état maniaque intense. Au début, il avait des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale, des idées délirantes de grandeur, de persécution hypocondriaques. Cet état dura quatre mois. La ponction lombaire pratiquée dès le début, montra dans le liquide céphalo-rachidien des lymphocytes en abondance. Notons qu'au cours de cet état d'excitation maniaque, on ne constata *aucun signe physique* de paralysie générale. L'agitation se calma le cinquième mois ; le malade resta encore quelque temps un peu excité, mais sans délire, avec de la logorrhée, des associations par assonances, puis il sembla guéri, sans affaiblissement intellectuel bien appréciable, sans amnésie, et toujours sans aucun signe physique de paralysie générale. Ponctionné de nouveau à ce moment, on trouva son liquide céphalo-rachidien rempli de lymphocytes. Le cinquième et le sixième mois, l'amélioration se maintint, puis l'attitude du malade changea. Il devint apathique, indifférent, ne parla plus de s'en aller comme il le faisait auparavant. Toute activité intellectuelle avait disparu. Il vivait d'une vie machinale et automatique. On constata en même temps de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et de l'amnésie. Cliniquement se constituait le diagnostic de paralysie générale. Au début, à quoi pouvait-on penser, en présence de cette excitation maniaque, des hallucinations, du délire? A un accès d'alcoolisme aigu, à un accès de paranoïa aigue, à de l'excitation chez un périodique? Tous ces diagnostics étaient discutables, beaucoup plus que celui de paralysie générale en l'absence de tout signe somatique. Mais la présence des lymphocytes nous orientait pourtant dans ce sens, car on sait que dans l'alcoolisme, en dehors des cas de méningite chronique alcoolique, de même que dans les vésanies, on ne trouve pas d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien. Même au cours de cette remission qui donna l'impression d'une guérison véritable, on constata encore les lymphocytes et ce ne fut que

Digitized by Google

quelques mois après que les signes physiques de paralysie générale se revélèrent.

La troisième observation concerne un homme de 35 ans, entré dans le service de M. Legrain dans un état de confusion mentale absolue, avec délire incohérent, état généralement mauvais, inégalité pupillaire et signe d'Argyll, tremblement de la langue et des lèvres. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne révéla aucun lymphocyte. Cet état de confusion mentale avec délire, mouvements automatiques, fièvre, dura trois mois ; puis peu à peu les symptômes physiques disparurent, le malade sortit de sa confusion et guérit complètement de son accès. Il quitta l'asile le septième mois.

Ici le diagnostic était plus facile avec la paralysie générale ; il s'agissait d'un cas de confusion mentale, mais il n'en est pas toujours ainsi, comme l'a si bien démontré M. Séglas. En tout cas, l'absence de lymphocytes nous permit d'éliminer le diagnostic d'affection organique du système nerveux et nous fit porter un pronostic favorable que justifièrent l'évolution clinique et la guérison.

M. Joffroy. — La présence de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien est un élément considérable de diagnostic entre la paralysie générale au début, l'alcoolisme, la confusion mentale, etc.... Il importe d'étudier la date d'apparition des leucocytes et leur évolution. Ils apparaissent de très bonne heure souvent avant les signes occulaires et les troubles de la parole ; c'est donc un symptôme de début.

M. Legrain. — Dans deux des observations, la constatation de la leucocytose a permis de faire le diagnostic précoce de paralysie générale. N'y a-t-il pas d'autres maladies qui peuvent également donner lieu à la leucocytose ?

M. Toulouse. — Dans les cas d'alcoolisme chronique a-t-on toujours constaté l'absence de leucocytose ?

M. Joffroy. — Dans le cas observé par M. le Dr Dufour, il n'y avait pas de leucocytose ; elle était également absente dans trois cas de paralysie alcoolique que j'ai observés.

M. Nageotte. — Une cause d'erreur réside dans ce fait que dans toutes les formes de syphilis cérébrale on trouve de la leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien. Un syphilitique neurasthénique avec leucocytose est-il un paralytique général ? — De même qu'il y a des tabès frustes curables, il peut y avoir des formes frustes et curables de paralysie générale.

M. Joffroy. — J'ai insisté sur l'évolution de la leucocytose suivant les périodes de la maladie.

M. Vigouroux. — J'emploie couramment l'examen du liquide céphalo-rachidien dans tous les cas de diagnostic difficile entre la paralysie générale et les états de mélancolie et de confusion mentale. De plus j'ai constaté une variabilité assez grande entre le nombre des leucocytes contenus dans un millimètre cube de liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Dans certains cas il y a moins de 0,05, dans d'autres plus de 10 éléments par millimètre cube.

A. V.

Digitized by Google

ANALYSE DES LIVRES

Aberglaube und Zauberei von den æltesten Zeiten an bis die Gegenwart. (Superstition et magie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.) par le *Dr Alfred Lehmann,* directeur du Laboratoire de Psycho-physique de l'Université de Copenhague. Traduction allemande du danois par le D. Petersen, 1 vol. 1898. Stuttgart Verlag von Ferdinand Enke. 556 p. avec 75 fig. (Prix 12 marks).

On a rarement écrit un livre aussi bien documenté au point de vue historique que celui de Lehmann, et je commence cette analyse par cette remarque pour suggérer à ceux qui auront l'occasion de lire le titre de ce volume de s'intéresser à son contenu. Il y a apparemment du moins une certaine contradiction entre la nature des recherches du professeur Lehmann et les idées expérimentales qu'il représente avec tant d'autorité, mais pour ceux qui sont familiarisés avec l'esprit philosophique, ce malentendu se dissipe vite; il n'existe pas en réalité. A la base de toute doctrine il y a un phénomène de croyance. Qui mieux qu'un expérimentateur, raisonnant sur la nature et la portée de ses recherches, est appelé à réfléchir sur le mécanisme psychologique de la croyance ? . . . Personne sans doute, si l'expérimentateur est conscient de son œuvre et s'occupe de la destination des documents recueillis et des archives ou systèmes de pensées qu'il doit classer. Lehmann doit être approuvé par nous, psychologues, pour le choix de son sujet, car en dehors de la voie qu'il essaye de frayer, il donne une précieuse leçon sur la nécessité de sortir de sa coquille et de réfléchir sur les données générales des faits.

Lehmann donne tout d'abord, dans une première partie, une longue description historique des faits les plus caractéristiques de la superstition et de la magie depuis les temps les plus reculés; il nous documente en citant textuellement les auteurs et nous assistons à une minutieuse et phylosophique analyse des superstitions et des phénomènes de magie chez les Chaldéens, chez les Grecs et les Romains, chez les Juifs, chez les peuples du Nord et les Finlandais, dans le christianisme, dans le moyen âge, et les temps modernes. L'évolution et l'époque de l'apparition de ces phénomènes psycho-sociologiques ressortent clairemement de l'historique de l'auteur. Dans la seconde partie passent en revue les phénomènes de superstition et de magie savante comme la philosophie mystique de la Cabale, la théurgie des Egyptiens, l'astrologie et l'alchimie etc. Lehmann insiste à ce sujet sur l'influence exercée par les magiciens et leurs doctrines, de même que par les superstitions sur la science jusqu'aux temps modernes. La troisième partie comprend la description des phénomènes occultes modernes et celle des doctrines spirites contemporaines. La quatrième partie est la plus intéressante; elle contient la synthèse des données des précédents chapitres. L'auteur essaye de dégager la nature et le mécanisme des phénoménes des superstitions et des magies, qu'on trouve dans l'histoire de l'humanité. Scientifiquement tous

Digitized by Google

ces phénomènes s'expliquent par des données psychologiques ; et on peut ramener le tout à des phénomènes mentaux sans faire appel à des forces surnaturelles. La superstition et le cortège si complexe des phénomènes de magie ne sont en réalité que des documents de l'ignorance de la mentalité humaine. La conclusion de Lehmann est des plus intéressantes, aussi nous la donnons in extenso ; elle est réconfortante pour la psychologie expérimentale.

« Nous avons parcouru les phénomènes les plus importants qui ont contribué à la naissance et au développement des opinions sur la superstition. — Cette description n'est sans doute pas complète : on n'a pas pu expliquer toutes les idées superstitieuses, qui ont eu cours à différentes époques. — Mais ce n'est pas dû à l'impuissance de la science à expliquer ces phénomènes, mais à la nécessité de limiter ce travail. Il y a certainement des phénomènes, surtout concernant la superstition dans l'antiquité, dont on ne peut prouver l'origine avec certitude ; mais cela tient à ce que les renseignements historiques s'y référant sont incomplets et il est naturel que l'on ne s'engage pas à expliquer des phénomènes que l'on ne connaît pas très bien. — Mais si d'un autre côté on voit, que des opinions semblables, ont pu plus tard, naître et durer par suite d'une fausse interprétation des phénomènes naturels et connus, il serait absurde d'admettre l'existence des forces inconnues, aux époques antérieures.

Donc quoique le travail dans son ensemble soit incomplet, il nous a conduit d'un autre côté à la connaissance d'une foule de causes de la superstition. Nous avons vu, par exemple, que l'accomplissement d'une prophétie ou d'un rêve, dépend de circonstances très différentes.

Le même phénomène a souvent des causes toutes différentes. Un incendie peut se produire par un coup de foudre, ou par l'inflammation spontanée des substances combustibles, par imprudence ou encore en mettant le feu avec intention. Comme on ne peut souvent à priori affirmer de quelle manière l'incendie a pris naissance, il n'est pas non plus permis, de soutenir, que d'autres évènements dans des cas différents, doivent avoir la même cause. Pourtant les spiritistes et les occultistes y sont très enclins et se réfugient plus tôt derrière une puissance magique quelconque, qui peut avoir tous les effets possibles et impossibles, au lieu de chercher dans chaque cas spécial, dans la nature ou dans la vie psychique des forces connues qui pourraient peut-être donner l'explication du phénomène, — Cette voie est certainement plus incommode que celle de recourir aux esprits, à la puissance psychique, ou autres pareilles, mais c'est la seule pour arriver à la connaissance de la vérité. — S'il y a vraiment dans la nature, des phénomènes que l'on ne peut expliquer par les forces déjà connues cela se verra plus tard. Je me borne à dire que les hallucinations télépatiques ne sont pour l'instant qu'une question posée, leur explication est réservée à l'avenir. Mais la résolution du problème sera encore de beaucoup reculée, si on admet, à priori, l'action

Digitized by Google

des forces inconnues, en renonçant par là à un examen plus minutieux de la question.

L'histoire de la superstition nous montre comment de pareilles hypothèses prennent facilement racine, aussitôt qu'elles entrent dans la conscience populaire. — Il faut ensuite un travail de plusieurs siècles pour les extirper.

Toutes les idées superstitieuses, dont nous avons taché de prouver les rapports naturels, n'ont été au commencement, que des interprétations fausses de phénomènes plus ou moins mal observés. — Sachant cela, il faut être doublement circonspect et ne pas donner occasion à de nouvelles superstitions. Les occultistes modernes, ont à ce propos, beaucoup sur la conscience. La télépathie et d'autres notions pareilles, qui par suite du zèle des occultistes donnent immédiatement l'explication des phénomènes même les plus compliqués, ont beaucoup de chance de prendre une place très importante dans la superstition du siècle prochain. — La science doit examiner péniblement toutes les possibilités, avant d'émettre une hypothèse; la superstition par contre a toujours une explication toute prête. »

Indépendamment de Lehmann, j'ai entrepris il y aura bientôt quatre ans, des recherches historiques de même nature, essayant de faire l'analyse psychologique des phénomènes de superstition et de magie. J'ai considéré le phénomène d'une façon plus générale et le but de mes recherches était la psychologie de la croyance.

En collaboration avec M. Piéron nous avons entrepris l'analyse de la philosophie et de la psychologie de la croyance prenant comme critérium les rêves prophétiques, dont nous avons suivi l'évolution depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Nos travaux en font foi et M. Piéron et moi nous avons déjà publié une dizaine de mémoires destinés à faire partie sous peu d'un grand travail d'ensemble sur la croyance. La télépathie m'a préoccupé d'ailleurs particulièrement et j'ai essayé récemment de lui donner une explication toute psychologique qui à mon avis n'a été tentée jusqu'à présent par aucun auteur. La magie et la superstition rentrent d'ailleurs aussi dans notre cadre d'études, mais à titre de chapitres secondaires. Sur ce point je me permettrais d'adresser à Lehmann la critique de n'avoir pas considéré et de n'avoir pas été guidé dans ses investigations historiques par la *croyance* elle-même; ensuite il envisage trop de points de vue différents, qui malgré sa conscience d'historien, sont à peine effeuillés et ne renseignent que médiocrement le sujet qui est au courant de ces questions; ils facilitent l'intelligence de bien des questions mais n'édifient pas. Lehmann n'a pas de critérium, aussi sa synthèse quoique intéressante manque de précision, le champ est trop vaste et l'argumentation à laquelle nous souscrivons d'ailleurs avec M. Piéron d'un bout à l'autre, ne suggère tout au plus que quelques intuitions. Néanmoins le travail de Lehmann servira toujours comme un travail d'érudition à l'introduction et à l'étude de la psychologie des phénomènes de superstition et de croyance. La quatrième partie de son travail mériterait d'être traduite in-ex-

Digitized by Google

tenso ; elle est documentée et on se rend compte que l'auteur est un psychologue expérimental. Ses pages sont peut-être les plus lumineuses et philosophiques qu'on ait écrites sur ce sujet dans ces derniers temps.

Complètement d'accord avec Lehmann sur les phénomènes de la superstition moderne, M. Piéron et moi, nous allons encore plus loin et considérons les mouvements occultistes et spirites modernes, comme des phénomènes de croyance et nous venons d'achever un long travail sur la croyance spiritiste. Un autre travail sur le rêve prophétique au moyen âge complètera nos données de psychologie sur la croyance.

Heureux d'avoir trouvé sur notre chemin une voix aussi autorisée que celle de M. Lehmann, je suis très heureux de signaler le travail de cet auteur au public français et en conseille la lecture à tous ceux qui veulent réfléchir et penser sur une des questions les plus importantes de la mentalité humaine.

N. VASCHIDE.

NOTES & INFORMATIONS

Projet de loi sur les aliénés. M. le Dr Dubief a déposé, le 26 juin 1902, sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi relative à la modification de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés.

Personnel des asiles publics d'aliénés. — *Mouvement de Juin.* — M. le Dr BONNE, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, nommé à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), poste créé.

M. le Dr HOUEIX DE LA BROUSSE, (concours de 1896), nommé médecin adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes (poste créé).

M. PICHON, Conseiller de Préfecture de la Seine est nommé directeur de l'asile des aliénés de Vaucluse (S.-et-Oise), en remplacement de M. Baudard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. MEILLET (Léo), ancien député, nommé directeur de l'asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), poste créé.

M. RAVIART, médecin adjoint à Armentières, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr ROUSSET, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), promu à la 2e classe du cadre.

Mouvement de Juillet. — M. le Dr BELLAT, Directeur-Médecin à Breuty (Charente) pourvu à la classe exceptionnelle du cadre à dater du 1er octobre 1902.

M. le Dr MIGNOT, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Auxerre en remplacement de M. le Dr Bonne, nommé à Braqueville (Hte-Garonne), poste créé.

M. le Dr TOY, médecin-adjoint à l'asile de Braqueville (Hte-Garonne) est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint (concours de Paris) nommé médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), poste créé.

Distinctions honorifiques. *Officier de l'instruction publique.* — M. le Dr RÉGIS, chargé du cours de Pathologie mentale à l'Université de Bordeaux.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Mois de Juin

FRANCE

Annales de la Psychologie Zoologique (1902, 2e année, 2e trimestre, n° 2).

Hachet-Souplet. Le problème psychologique du pigeon-voyageur. 33-51. — Calculs de M. **Gleichen** sur l'acuité de la vision chez les animaux. 56.

Archives d'Anthropologie Criminelle (1902, I, nelle s., n° 102, 15 juin).

Nina-Rodrigues. Atavisme psychique et paranoia. 325-355. — **Marandon de Montyel** (E.). L'affaire Louis Paré. 356-374.

Archives de Neurologie (1902, XIII, 2e s., n° 78, juin).

Raymond (F.). Sur trois cas d'hémianopsie. 433-473. — **Vaschide** (N.) et **Vurpas** (Cl.). Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices. 474-487. — **Keraval** (P.) et **Raviart** (G.). Cinq observations de paralysie générale conjugale. 487-493.

Assistance Familiale (L') (1902, 11e année, 3e s.).

Mme Legrain. Rapport moral sur le « Patronage familial des aliénés sortis guéris du département de la Seine ». N° 10, 31 mai, 85-87.

Caducée (Le) (1902, 2e année).

Roux. La maladie du sommeil. N° 11, 7 juin, 143-144; Le traitement mercuriel de la paralysie générale et du tabes. N° 12, 21 juin, 153.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXIV).

Stanoiévitch (G.-M.). Photomètre physiologique. N° 24, 16 juin, 1457-1458. — **Toulouse** et **Vaschide.** Nouvelle méthode pour la mesure de la sensibilité musculaire. 1458-1459.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Imbert (A.). Illusion de mouvement due à la fatigue des muscles de l'œil. N° 19, 6 juin, 607-608. — **Egger** (**Max**.). De l'intermittence des anesthésies. N° 21, 20 juin, 701-702. — **Vurpas (Cl.)** et **Buvat** (J.). Contribution à l'étude de la psycho-physiologie de la vessie. 721-722. — **Vaschide (N.)** et **Vurpas** (Cl.). Recherches sur l'occlusion des paupières pendant la veille et le sommeil dans la paralysie faciale. 722-724. Séance du 14 juin 1902. — **Egger** (**Max**.). L'effet de la sommation. Le réveil de la sensibilité douloureuse et thermique dans le tabes, les névrites et l'hémianesthésie cérébrale organique. N° 22, 27 juin, 750-751; De la genèse de l'anesthésie dans le tabes. 752-753. — **Claparède** (**Ed.**) et **Isaïlovitch.** Influence du tabac sur l'association des idées. 758-760. — **Claparède** (**Ed.**). Le « sens de Weber » et le vocabulaire physiologique. 757-758. — **Malloizel** (**Lucien**), La salive psychique de la glande sous-maxillaire peut être liquide ou visqueuse suivant l'excitant. 761-762. Séance du 21 juin 1902.

Echo Médical de Lyon (1902, 7e année, n° 6, 15 juin).

Les paralysies oculaires d'origine toxique, saturnine et alcoolique d'après **Aurand** et **Burnat** (G.). 161-166. — **Antonelli.** A propos de l'étiologie et du traitement du tabes. 166-171.

Digitized by Google

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Chipault (A.). Sur la valeur chirurgicale de l'épilepsie Jacksonienne. N° 61, 3 juin, 609-613. — **Ferrand (J.).** L'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. N° 64, 10 juin, 641-643. — **Roubinovitch (J.).** Alcoolisme infantile. N° 66, 14 juin. 661-668. — **Buvat (J.-B.)** et **Mallet (J.).** Double hématome méningé avec délire maniaque; bronchopneumonie et méningite suppurée consécutive. N° 68, 19 juin, 682-683. — **Babonneix (L.).** Le cyto-diagnostic. N° 70, 24 juin, 709-710.

Gazette Médicale de Paris (1902, II, 12e s.).

Baudouin (Marcel). La psychologie des jumeaux du même sexe. N° 24, 14 juin, 185.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1902, 12e année, VI, juin).

Papillault (G.). Genèse et connexion de quelques muscles de la mimique. 201-204.

Revue de Médecine (1902, 22e année, n° 6, 10 juin).

Féré (C.) et **Francillon (M.).** Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés (avec 1 fig.). 539-551.

Revue de Médecine Légale (1902, n° 6, juin).

Picqué (Lucien). De l'intervention chirurgicale chez les aliénés. 161-167; Le secret professionnel en médecine mentale. 172-175.

Revue de Philosophie (1902, 2e année, n° 4, 1er juin).

Vaschide (N.) et **Mignard (M.).** Les doctrines philosophiques de Durand de Gros (fin). 495-517.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Dide (Maurice) et **Chenais (Louis).** Nouvelle méthode de mensurations cérébrales. Atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence (1 fig.). N° 10, 30 mai, 443-447. — **Bra.** Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques (3 fig.). 447 452.

Semaine Médicale (1902, 22e année).

Marie (Pierre) et **Guillain (Georges).** Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne? N° 26, 25 juin, 209-213.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Clausse. De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques. — **Adda.** Ictère émotif. 19 mars. — **Vernet.** L'assistance aux épileptiques, 9 avril. — **Trousson.** Contribution à l'étude de l'intoxication alcoolique chez les enfants. 23 avril. — **Marsat.** Les idées fixes dans la fièvre typhoïde. — **Portemer.** De l'érotomanie au point de vue médico-légal. 1er mai. — **Tissot.** Les éliminations urinaires chez les paralytiques généraux (recherches par l'épreuve du bleu de méthylène). 14 mai. — **Lenormand.** Etude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal. 21 mai. — **Vurpas.** Contribution à l'étude des délires systématisés. 28 mai. — **Gulbenkian.** Hallucination du moignon. 5 juin. — **Filderman.** Le bain chaud; contribution à l'étude de sa physiologie thérapeutique. 18 juin. — **Brecy.** Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. 25 juin. — **Lemaitre.** Essai sur les causes morales des maladies. — **Jamet.** Des hallucinations dans la paralysie générale. — **Bendelac.** Des tares observées chez les rejetons de mères tuberculeuses. 26 juin.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1902, LIX, Bd. 2, u 3, Heft, 3 juin).

Mönkemöller. Casuistischer Beitrag zur Geschichte der Irrenbehand-

Digitized by Google

lung im 18. Jahrhundert. 193-210. — **Nitsche (Paul).** Ueber Gedächtnissstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit. 211-241. — **Rudolph (J.).** Ueber eine Form von Zwangshandlung nebst ausführlicher Familienkrankheitsgeschichte. 242-255. — **Linke.** Noch einmal der Affekt der Paranoia. 256-260. — **Siefert (Ernst).** Ueber chronische Manie. 261-270. — **Hoppe.** Ein Fall von Querulantenwahnsinn. 271-305. — **Risch.** Zur Casuistik der Aphasie mit Agraphie und Alexie. 306-321.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, n° 149, 15 juin).

Abraham (Karl). Beiträge zur Kenntnis des Delirium tremens der Morphinisten. 369-380. — **Edel (Max).** Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 380-399.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Bd. XI, Heft 6, juin).

Feinberg. Ueber den Bau der Ganglienzelle und über die Unterscheidung ihres Kerns von dem Kern der einzelligen tierischen Organismen (Hierzu Tafel X). 401-406. — **Probst (M.).** Ueber Rindenreizung nach Zerstörung der primären und sekundären motorischen Bahnen, über die Bedeutung der motorischen Haubenbahnen, über Sehhügelrindenfasern der Hörsphäre, über Commissurenfasern im Tractus opticus, über die Haubenstrahlungscommissur und über das dorsale Längsbündel (Hierzu Taf. VIII-IX). 406-422. — **Stransky (Erwin).** Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie. 422-437. — **Juliusburger (Otto).** Zur Lehre von den Zwangsvorstellungspsychosen. 437-445. — **Kaes (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 445-468.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Oláh (Gustav). Zur Frage der Grösse und Benennung der Irrenheilanstalten. N° 10, 1er juin, 109-111. — **Fischer (Max).** Die Irrenfürsorge in Baden. 111-116. — **Bleuler.** Ueber periodischen Wahnsinn. N° 11, 14 juin, 121-127; Mittheilungen. 127-132. — **Edel (Max).** Zur spontanen Harnblasenruptur bei der progressiven Paralyse. N° 12, 21 juin, 133-140. — **Hoppe.** Noch einmal die Zellenlose Behandlung. N° 13, 28 juin, 145-154.

BELGIQUE

Journal de Neurologie (1902, 7e année).

Crocq (J.). La valeur clinique de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés (réponse à M. Van Gehuchten). N° 12, 20 juin, 221-242.

ÉTATS-UNIS

American Journal of Psychology (1902, XIII, n° 2, avril).

Kinnaman (A.-J.). Mental Life of two Macacus Rhesus Monkeys in Captivity. 173-218. — **Montrose Whipple (Guy).** An Analytic Study of the Memory Image and the Process of Judgment in the Discrimination of Clangs and Tones. 219-268. — **Madison Bentley (I.).** The Psychology of Mental Arrangement. 269-293. — **Slaughter (J.-W.).** The Moon in Childhood and Folklore. 294-318.

Journal of Mental Pathology (1902, II, n° 4, mai).

Marro (A.). A Study of the Emotions. 169-174. — **Serbski.** On the Question of Dementia Praecox. 175-182. — **Serieux** et **Capgras.** The Psychoses with Delusional Interpretation as a Basis. 183-186. — **Robinovitch.** The Genesis of Epilepsy Clinically Considered. The Pathology, Prophylaxis and Treatment of Epilepsy. 187-195.

Digitized by Google

Journal of Nervous and Mental Disease (1902, XXIX, n° 6, juin).

Dercum (F.-X.) and **Keen (W.-W.)**. Report of a Case of Tumor of the Frontal Lobe. 347-350. — **Keen (W.-W.)**. Report of a Case of Tumor of the Frontal Lobe, with Operation. 351-354. — C. R. New-York Neurological Society, March 4, 1902. 355-358. — C. R. Philadelphia Neurological Society, February 25, 1902. 359-362.

ITALIE

Rivista Mensile di Psichiatria Forense, Antropologia Criminale (1902, 5e année, n° 5, avril-mai).

Be Blasio (A.). Gli zingari di Napoli. 133-147. — **Saporito (F.)**. Sulla delinquenza militare. 148-166. — **Grimaldi (A.)** et **Scotti (F.)**. Tubercolosi e pazzia. 167-174.

Mois de Juillet

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques (1902, 8e s., XVI, n° 1, juillet-Août).

Ritti (Ant.). Histoire des travaux de la Société médico-psychologique (1852-1902). 27-131.

Archives d'Anthropologie Criminelle (1902, XVII, n° 103, 15 juillet).

Audiffrent. Du suicide. 389-402. — **Marandon de Montyel**. L'affaire Louis Paré *(suite)*. 410-440.

Archives de Neurologie (1902, XIV, 2e s., n° 79, juillet).

Bourneville et **Ambard**. Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre. 1-21. — **Féré (Ch.)**. Contribution à l'étude de l'action physiologique de la valériane et des valérianates. 22-50.

Assistance Familiale (L') (1902, 11e année, 3e s.).

Vernet (G.). L'hospice Dessaignes à Blois. N° 12, 30 juin, 98-101. — **Marie (A.)** et **Manheimer-Gommès**. L'assistance familiale urbaine pour les aliénés inoffensifs (système berlinois). N° 14, 31 juillet, 127-142.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXIV, 2e semestre).

Hérubel (Marcel-A.). Sur le cerveau du Phascolosome. N° 26, 30 juin, 1.603-1.605-CXXXIII, 1er semestre. — **Charpentier (Aug.)**. Inhibition produite par voie d'interférence sur la rétine. N° 1, 7 juillet, 56-58. — **Charrin (A.)**, **Delamare (G.)** et **Moussu**. Transmission expérimentale aux descendants des lésions développées chez les ascendants. N° 3, 21 juillet, 189-191. — **Leduc (Stéphane)**. Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants électriques. 199-200.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Léri (André). Des caractères du liquide céphalo-rachidien dans les méningites et en particulier de la non-perméabilité des méninges dans la méningite tuberculeuse. N° 24, 11 juillet, 869-870. Séance du 5 juillet. — **Féré (Ch.)**. Contribution à l'étude de l'irritabilité de la peau. N° 25, 18 juillet, 899-902. — **Féré (Ch.** et **Mme Jaell (Marie)**. Essai sur l'influence des rapports des sons sur le travail (de la seconde mineure la, si bémol et des intervalles successifs jusqu'à l'octave). 903-906. — **Marchand (L.)**. Développement des papilles gustatives chez le fœtus humain. 910-912. —

Digitized by Google

Bonnier (Pierre). La sensation continue de vitesse. 920-921. — **Dubois (Raphaël).** Sur les centres nerveux du sens de l'orientation. 936-937. Séance du 12 juillet. — **Bordier** et **Piéry.** Nouvelles recherches expérimentales sur les lésions des cellules nerveuses d'animaux foudroyés par le courant industriel. N° 26, 25 juillet, 995-996. Séance du 19 juillet.

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Déléarde. De la cyphose hystéro-traumatique (maladie de Brodie). N° 75, 5 juillet, 749-753.

Gazette Médicale de Paris (1902, 12e s., II).

Baudouin (Marcel). La chirurgie dans les asiles d'aliénés. N° 30, 26 juillet. 233.

Journal de Physiologie et de Pathologie générale (1902, IV, n° 4, 15 juillet).

Broca (André) et **Sulzer (D.).** La sensation lumineuse en fonction du temps. 632-640.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1902, 15e année, n° 3, mai-juin).

Vaschide et **Vurpas.** — La vie biologique d'un xypophage (1 photogravure, 6 tracés). 247-264. — **Sainton (P.).** Un cas d'eunuchisme familial (1 photogravure). 272-277.

Presse Médicale (1902, II).

Valentino (Charles). Rétrécissements du champ visuel chez des rachitiques et variations de ces rétrécissements (avec 4 figures en noir). N° 61, 30 juillet, 727-729.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Lemoine (G.). Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes. N° 14, 30 juillet, 657-676. — **Dide (Maurice)** et **Botcazo.** Amnésie continue, cécité verbale pure, perte du sens topographique, ramollissement double du lobe lingual. 676-680. — **Londe (Paul).** Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse. 680-682.

Revue Philosophique (1902, 27e année, n° 7, juillet).

Philippe (J.). Qu'est-ce qu'une image mentale? 37-59. — **Bos (Camille).** Du plaisir de la douleur. 60-74.

Revue Scientifique (1902, 4e s., XVIII, 2e semestre).

Papini (G.). Les idées d'un psychologue italien (M. E. Regàlia). N° 1, 5 juillet, 11-17.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Janvier. Ulcérations et gangrènes provoquées de la peau chez les hystériques. — **Prunet.** Les paralysies radiales d'origine centrale. — **Poirier.** Contribution à l'étude des troubles trophiques du tabes : sur une forme particulière du visage observée chez les tabétiques. Mercredi 9 juillet. — **Moreau.** Contribution à l'étude du délire alcoolique (hallucinations de l'ouïe). — **Rinckenbach.** Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement. — **Guiard.** Les alcooliques récidivistes; étude clinique et médico-légale. — **Millant.** Castration criminelle et maniaque (étude historique et medico-légale). — **Esmenard.** Contribution à l'étude du phénomène des orteils dans l'épilepsie. Mardi 15 juillet. — **Potel.** L'amnésie continue associée aux polynévrites. — **Boyer.** Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. — **Le Prieur.** Sur les aphasies sensorielles ; la cécité et la surdité verbales pures. — **Chenais.** Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique. — **Medici.** L'assistance familiale des aliénés ; colonie de la Seine. Vendredi 18 juillet.

Digitized by Google

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, n° 150, 15 juillet).

Ragnar Vogt. Zur Psychologie der katatonischen Symptome. 433-437. — **Cassirer** (**R.**). Ueber ein selten beschriebenes Symptom bei peripherer Facialislähmung. 438-442.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, band XII, heft 1, juillet).

Warda (**W.**). Ueber Zwangsvorstellungspsychosen. 1-22. — **Kahlbaum** (**Karl**). Zur Kasuistik der Katatonie. 22-60. — **Ferruccio Schupfer**. Ueber die infantile Herdsklerose mit Betrachtungen über sekundäre Degenerationen bei disseminierter Sklerose. 60-70.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Picqué (**Lucien**). Der chirurgische Pavillon der offentlichen Irrenanstalten des Seinedepartement im klinischen Styl. N° 14, 5 juillet, 157-161. **Weygandt** (**W.**). Eine Irrenanstalt in der Levante. 162-165. — **Stadelmann**. Aphasie und Agraphie nach épileptischen Anfällen. 165-170. — **Snell** (**Richard**). Irrenhilfsvereine Vortrag, gehalten am 3. Mai 1902 im Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens von dem Oberarzt der Provinzial-Heil-und Pflege-Anstalt. N° 15, 12 juillet, 173-176. — **Delters**. Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 16, 19 juillet, 185-190; Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 17, 26 juillet, 197-201.

ANGLETERRE

Mind (1902, XI, New Ser., n° 43, juillet).

Mc Dougall (**W.**). The Physiological Factors of the Attention-Process (I.). 316-351. — **Stewart** (**J.-A.**). Discussions : The Attitude of Speculative Idealism to Natural Science. 369-376.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique (1902, n° 105, juin).

Meeus (**F.**). De la démence précoce chez les jeunes gens (1re suite). 120-151. — **Peeters** (**J. Al.**). Troubles intellectuels et catatonie. 152-156. — **Laruelle** (**Léon**). Hémimélie et dégénérescence mentale. 157-168. — **Depéron** (**L.**). Rapport sur la situation médico-administrative, année 1901. 169-178. — **Beesau**. Notice sur un nouvel appareil pour les convulsionnaires et les aliénés (Comm. Soc. Méd. Ment. de Belgique, séance du 26 avril 1902). 179-188. — **Crocq** (**J.**). Considérations sur la catatonie. 189-216.

Journal de Neurologie (1902, 7e année).

Parhon (**C.**) et **Goldstein** (**M.**). Sur la localisation des centres moteurs du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière. N° 13, 5 juillet, 243-254.

ÉTATS-UNIS

Journal of Mental Pathology (The) (1902 II, n° 5).

Fasola. A Case of Transitory Aphasia due to Traumatism. 225-237. — **Soukhanoff** and **Gannoutchkine**. Studies of Morbid Obessions. 238-253. — **Gehuchten** and **Goris**. Pure Verbal Deafness. 253-263. — **Robinovitch**. The Genesis of Epilepsy Clinically Considered. The Pathology Prophylaxis and Treatment of Epilepsy. 264-266 (III, N° 1). — **Tschisch**. Definition of

Digitized by Google

Progressive Paralysis; Its Differentiation from Similar Forms of Disease. 1-11. — **Robinovitch**. The Study of Psychiatry of To-day; of What Should It Consist ? 12-31.

Journal of Nervous and Mental Disease (1902, XXIX), n° 7, juillet).

Rhein (**John H. W.**). Involuntary Movements in a Case of Ataxia. 422-426. — C. R. Philadelphia Neurological Society, 25 mars 1902. 427-429. — C. R. Deutsche Zeitschrift F. Nervenheilkunde, 1902. Vol. 21, Heft 1-2. 430-434. — C. R. Centralblatt F. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1902, 15 mars, 434-435.

Monist (1902, XII, n° 4, juillet).

Mach (**E.**). On the Psychology and Natural Development of Geometry. 481-515.

Psychological Review (1902, IX).

Haywood J. Pearce. Contributions from the Psychological Laboratory of the University of Chicago; Communicated by James Rowland Angell. Normal Motor Suggestibility. N° 4, juillet, 329-356. — **Gamble** (**E. A. Mc. C.**). From the Wellesley College Psychological Laboratory. The Perception of Sound Direction as a Conscious Process. 357-373. — **Aikens** (**H. A.**). and **Thorndike** (**E. L.**). with the assistance of Miss **Hubbell** (**Elizabeth**). Correlations among perceptive and associative processes. 374-382.

ITALIE

Annali di Freniatria (1902, XII, fasc. 2°, juin).

Pellizzi (**G. B.**) Paralisi spinale o diplegia cerebrale spasmodica familiale? (con figure). 132-150. — **Rossi** (**E.**) Interparietali e preinterparietali nei cranii dei pazzi (con figure). 155-176. — **Sanna-Salaris** (**G.**). Sulla conformazione del padiglione dell'orecchio nei Sardi normali, alienati, criminali e prostitute (con tabelle dimostrative), 176-187. — **Grandis** (**V.**). Sopra l'azione fisiologica del campo magnetico (continuazione e fine). 97-131. — **Burzio** (**F.**). Alterazioni anatomiche ed istolagiche del sistema nervoso nel morbo di Parkinson. 151-154.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1902. VII, n° 6, juin).

Coronedi (**G.**) e **Marchetti** (**G.**). L'ablazione completa dell'apparecchio tiro-paratiroideo nei cani nutriti con grassi alogenati. 255-276.

Rivista Mensile di Psichiatria Forense, Antropologia Criminale (1902, Ann. V. juin-juillet, n° 6-7).

Angiolella (**G**). Psicopatie e fattore etnico del carattere. 167-172. — **De Blasio** (**A**). Gli Zingari di Napoli. 173-189. — **Saporito** (**F**). Sulla delinquenza militare. 190-214.

Rivista Sperimentale di Freniatria (1902, XXVIII, fasc. I. 10 juin).

Atti dell'XI°. Congresso della Società Freniatrica Italiana (ancona 1901) (con 5 figure). 1-490.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Archivos de Criminalogia (1902, Año I, n° 6, juin).

Moraes (**Evaristo de**). La teoria Lombrosiana del delincuente. 321-333. — **Ingegnieros** (**José**). Las teorias de Lombroso ante la critica. 334-338. — **Pesenti** (**Victor R.**). La caracteristica de la criminalidad moderna. 344-351. — **Breard** (**Eugenio**). Homicidio en legitima defensa. 352-367. — **Veyga** (**Francisco de**). Invertido sexual imitando la mujer honesta. 368-374.

Digitized by Google

LIVRES REÇUS

Les Tics et leur traitement, par HENRY MEIGE et E. FEINDEL. Préface de M. le professeur Brissaud. 1 volume in-8° de 636 pages. Masson et Cie, éditeurs. 6 francs.

Les tics n'avaient été jusqu'à ce jour l'objet d'aucune étude d'ensemble. Considérés comme des « mouvements nerveux » sans importance et sans gravité, rebelles à tout traitement, il semblaient à peine dignes de figurer dans les cadres nosographiques.

Le livre que MM. Henry Meige et E. Feindel viennent de consacrer à l'étude de ces accidents prouve que les tics ne doivent pas être jugés de façon si légère ni si sévère. L'observation et l'analyse démontrent au contraire, qu'il s'agit d'un des problèmes les plus intéressants de la psychophysiologie ; en outre, sa recherche a permis de concevoir un mode de traitement rationnel dont les bons effets ne sont plus discutables aujourd'hui.

De tous les procédés thérapeutiques, celui qui a donné les meilleurs résultats, c'est la *discipline de l'immobilité et du mouvement*, préconisé par le professeur Brissaud. Une rééducation méthodiquement réglée de tous les actes moteurs produits des effets correcteurs aussi bien dans le domaine physique que dans le domaine mental.

MM. Henry Meige et E. Feindel donnent toutes les indications nécessaires pour l'application de ce traitement : séances d'immobilisation, exercices divers, mouvements « en miroir ». etc.

Le Vocabulaire philosophique, par M. Edmond GOBLOT, docteur ès lettres, chargé de cours à l'Université de Caen. Un volume in-18 jésus, (Librairie Armand COLIN, 5, rue de Mézières, Paris), relié toile, tranches rouges. . . . . **5 fr.**

Médecins, avocats, artistes, hommes politiques, hommes d'affaires font de la philosophie, fût-ce sans le savoir, et l'on a besoin de comprendre le langage philosophique même pour lire son journal.

Bien que l'auteur de ce livre ait surtout songé aux élèves, aux étudiants, aux écrivains philosophes, son travail peut être utile à tous. Il s'adresse à un public très étendu, à tous ceux qui parlent ou écrivent, qui écoutent ou qui lisent, à tous ceux qui s'efforcent de n'être pas étrangers au mouvement des idées, et se soucient de vivre en hommes raisonnables.

Contribution à l'étude clinique des Troubles de la parole dans l'Epilepsie, par ALBERT VINCENT, de la Faculté de Médecine de Paris. 1902, Thèse de Paris, L. Boyer, 15, rue Racine, Paris.

Asile départemental d'aliénés, Blois (Loir-et-Cher). Rapport Médical et Compte Moral et Administratif, présenté pour l'année 1901, par le Dr DOUTREBENTE, directeur-médecin en chef, 1902, 1 broch. 54 p.

Département de la Seine-Inférieure. Asile public d'aliénés de Saint-Yon. Rapport Médical, pour l'année 1901, 1 broch. 21 p.

Département de la Seine-Inférieure. Asile public d'aliénés de Quatre-Mares. Rapport Médical, pour l'année 1901. 1 broch. 23 p.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE

LE DORMIOL

Le dormiol (diméthyléthylcarbinolchloral) est un liquide incolore, d'odeur piquante, ressemblant à celle du menthol et du camphre, de saveur fraîche et en même temps brûlante.

Des recherches expérimentales sur les animaux ont démontré l'innocuité du dormiol et son prompt effet hypnotique.

M. Besançon (de Paris) l'a employé en clinique parallèlement avec d'autres hypnotiques (opiacés, sulfonal, trional, chloral) et a pu constater, à plusieurs reprises, sa supériorité, ainsi que le prouvent douze observations qui ont été recueillies avec le plus grand soin par le docteur Dumont (de Levallois).

Il résulte de ces observations que le dormiol est un excellent hypnotique qui, dans certains cas d'insomnie rebelle, d'origine neurasthénique, hystérique et même dans les cas d'insomnie alcoolique, peut remplacer avantageusement les autres hypnotiques et même l'hydrate de chloral. En effet, malgré les doses élevées (3 à 4 grammes) employées à plusieurs reprises, M. Besançon n'a jamais remarqué aucun désordre du côté de la circulation ou de la respiration, et notamment n'a jamais vu survenir l'érythème qui n'est pas rare à la suite de l'administration du chloral.

Le sommeil produit par le dormiol est calme et sans cauchemars : le réveil est normal et ne s'accompagne pas de nausées et de lourdeur de tête.

L'auteur a administré le dormiol à la dose de 1 à 4 grammes, en potion dans du julep ou simplement dans de l'eau, associé à du sirop simple. Certains malades lui trouvent un goût désagréable; on peut bien aisément remédier à cet inconvénient en le donnant sous forme de capsules gélatinées ou mieux en lavement, aux mêmes doses, associé au laudanum, x à xv gouttes (*Journ. de méd. int.*, n° 1, 1902.)

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (22-VIII-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LES ALIÉNÉS CRIMINELS

Par le Dr Henri Colin

Médecin en chef des Asiles de la Seine
Chargé de l'organisation du quartier d'aliénés vicieux

Le 24 décembre 1901, la Chambre des députés adoptait la motion suivante proposée par M. le Dr Delbet :

« La Chambre invite le Gouvernement à désaffecter la Maison » Centrale de Gaillon qui prendra le nom d'*Asile central des* » *Aliénés criminels*.

» Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un » service médical et d'un service de surveillance en rapport » avec cette destination nouvelle. »

Ainsi se trouvait résolu un problème posé depuis soixante ans. C'est en 1846, en effet, que Brierre de Boismont [1] appela pour la première fois l'attention sur la nécessité qu'il y avait de prendre des mesures spéciales à l'égard des aliénés criminels ou des criminels devenus aliénés. En 1868, l'administration pénitentiaire avait fait un timide essai en décidant de transformer la maison de correction annexée à la Maison Centrale de Gaillon, en un quartier spécial destiné à recevoir les criminels devenus aliénés.

Par suite de circonstances sur lesquelles il est inutile d'insister, l'ouverture de ce quartier eut lieu seulement en 1876. Quelles que fussent les imperfections du nouvel établissement, quelque incomplète que fut la réforme, il est certain qu'un progrès réel se trouvait de ce fait réalisé. Cependant, après la disparition de la Maison Centrale de Gaillon, il fut très sérieusement question de supprimer l'Asile qui lui était annexé. La lecture du débat qui eut lieu à la Chambre (*Journal Officiel* du 25 décembre 1901), est instructive à cet égard. Pour nous, au cours des huit années pendant lesquelles nous avons été chargé du service médical du quartier d'aliénés de Gaillon, il nous a été bien souvent donné d'en défendre par la parole et par la plume l'incontestable utilité. Aussi le vote du Parlement, avec l'extension qu'il implique du service actuel, nous semble-t-il des plus importants, en ce sens qu'il montre les pouvoirs publics décidés à aborder enfin l'étude de cette question si complexe et cependant résolue, ou à peu près, dans tous les pays étrangers, des aliénés criminels. Nous nous proposons d'examiner dans les lignes suivantes le problème des

[1] *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*. 1846.

Digitized by Google

aliénés criminels à un triple point de vue. Après avoir étudié brièvement la psychologie de l'aliéné criminel, nous passerons en revue les différents modes d'assistance qui lui sont appliqués à l'étranger, et nous terminerons en esquissant ce que devra être, d'après nous, l'organisation du nouvel asile de Gaillon.

I

On peut, croyons-nous, diviser en quatre périodes bien distinctes l'évolution qui s'est produite dans les idées au sujet des aliénés criminels.

Dans une première période, l'aliéné criminel et même l'aliéné proprement dit, se confond avec le délinquant, avec le criminel. C'est un individu qui inspire surtout de la répulsion et de la crainte; ses actes semblent le résultat non pas d'un esprit malade, mais d'une imagination pervertie et déréglée. La folie est considérée comme une maladie de l'âme, suivant une idée théologique encore florissante aujourd'hui dans certains milieux, ainsi que l'a bien fait remarquer Maudsley.

Puis viennent les travaux de Pinel, d'Esquirol, de Marc, et l'on consent à considérer l'aliéné comme un malade. C'est la seconde période; mais au lieu de se tenir sur le solide terrain de l'observation scientifique, certains esprits, et des meilleurs, ne tardent pas à faire de ce malade, de cet aliéné, une sorte d'idole intangible autant qu'artificielle. C'est le moment de la discussion sur la monomanie qui provoquait dans le clan judiciaire une réaction caractérisée par ce mot, resté fameux, d'un Président d'Assises : « Toutes les fois qu'un individu se présente aux jurés avec une monomanie du vol, de l'escroquerie, etc., il faut avoir la monomanie de le condamner. » A l'exception de Morel qui pose cette simple question : « L'individu était-il aliéné, autrement dit malade au moment de la perpétration du fait criminel qui est articulé contre lui, » les autres orateurs font intervenir dans le débat les rapports de l'âme avec le cerveau, le moi et le non moi, le libre arbitre, etc. C'est le cas de répliquer par le mot de Spinoza : « La conscience de notre liberté n'est que l'ignorance des causes qui nous font agir. »[1]

Dans une troisième période apparaît l'Ecole italienne et la théorie de Lombroso sur le criminel.

Le criminel étant considéré comme un malade, on arrive à confondre avec lui l'aliéné. Et cela se conçoit si l'on réfléchit que l'aliéné, au même titre que le criminel est un produit de l'état social ambiant. Types sociaux l'un et l'autre, ils semblent

[1] *Ann. Méd. psych.* 1854, t. VI. — 1863, t. I, II.

Digitized by Google

souvent soumis aux mêmes influences et dériver des mêmes causes. Les plus importantes de ces causes, l'hérédité, la misère, le surmenage, les excès alcooliques ou autres interviennent dans la production des deux états et il s'ensuit que l'on confond les résultantes. D'un ensemble de causes, au fond très complexe, mais en apparence très simple, on déduit une résultante très simple, mais au fond très complexe. Ici encore se fait sentir l'influence des monomanies, des folies raisonnantes, des psychoses sans délire. Nous savons aujourd'hui combien est rare le type criminel de Lombroso, mais ainsi tendait à s'établir une confusion des plus regrettables entre les criminels et les aliénés. Pourquoi ne pas admettre, au contraire, que, de même qu'un criminel peut être atteint d'une pneumonie ou d'une affection cardiaque, de même il peut devenir aliéné. Et, d'autre part, de même qu'un aliéné peut être un parfait honnête homme, de même il peut être un criminel, un meurtrier. Soutenir le contraire, c'est s'exposer à revenir en arrière, à la théorie caduque de la folie considérée comme une maladie de l'âme, alors qu'on lui connaît un substratum matériel, le cerveau.

Si maintenant nous considérons plus particulièrement l'aliéné criminel, nous trouvons chez lui la superposition de deux éléments, l'aliénation d'une part, la tendance au crime de l'autre.

Nous avons déjà soutenu cette thèse, avec mon collègue et ami Vigouroux, et l'une des meilleures preuves que nous puissions avancer à l'appui nous est fournie par le nombre, en somme relativement restreint des aliénés dangereux comparativement à la quantité très considérable des malades. Combien y a-t-il de persécutés, de mélancoliques qui ne tuent ni ne frappent jamais.[1] L'aliéné présente des idées fausses, des interprétations fausses, une cohésion d'idées difficile, mais cependant l'ancienne formule du bien et du mal, c'est-à-dire de ce qui est conforme ou contraire aux lois de la société établie, subsiste souvent chez lui, de même qu'elle existe chez l'homme normal malgré ses impulsions, ses haines, ses désirs de vengeance.

Au contraire, chez le criminel comparé à l'homme normal, chez l'aliéné criminel comparé au fou ordinaire, le frein est rompu.

Cette idée du dualisme, de la superposition de deux états différents chez le même individu, nous permet de séparer complètement les aliénés criminels vrais, produit bizarre et néfaste de deux éléments, des malheureux malades chez lesquels l'acte

[1] Vigouroux et Colin. *La question des aliénés criminels.* Congrès de Méd. mentale de Toulouse. 1897.

Digitized by Google

délictueux est le résultat forcé d'une lésion profonde du cerveau (paralytiques généraux, déments, etc., etc.)

L'aliéné criminel, tout en demeurant un malade, nous apparait donc comme un être nuisible, dangereux, dont la société a le droit et le devoir de se protéger.

C'est bien ainsi, du reste, que dans la période actuelle, la quatrième, on est amené à le considérer. Nous ne rappellerons que pour mémoire les discussions passionnées auxquelles cette théorie a donné lieu, soit à la Société médico-psychologique, en 1868, soit au Congrès de 1878, soit encore à la Société médico-psychologique, en 1881, où M. Motet fit triompher la cause de l'asile spécial. La question fut reprise en maintes occasions par M. Paul Garnier et défendue également par M. Magnan dans son discours d'ouverture du Congrès de 1900. [1]

Nous avons relaté plus haut les efforts que, dès 1846, Brierre de Boismont fit dans le même sens, mais ce qu'on sait moins, c'est qu'il s'en est fallu de peu que la situation légale de ces malades n'ait été réglée par la loi de 1838 elle-même. Le rapport si remarquable et si rempli de faits de M. Théophile Roussel nous fournit des données précieuses à cet égard. Il s'agit de l'amendement Boyard ayant pour but de mettre le ministère public en position de faire interner dans une maison d'aliénés les indi-

[1] Il serait aussi long que fastidieux d'énumérer tous les travaux publiés sur la question. Consulter entre autres parmi les travaux les plus importants :

1. Société Médico Psychologique. Discussion sur les aliénés dangereux. 1868. *Ann. Méd. Psych.* 1869. T. I et II. — Discussion sur les aliénés criminels. 1881, 1882. *Ann. Méd. Psych.* 1882. T. VII, VIII. 1883. T. IX.

2. *Congrès de médecine mentale*, 1878. On trouvera dans ce volume une discussion très approfondie de la question et des notes sur l'asile de Broadmoor.

3. Brunet. *Nécessité d'un asile national pour les aliénés criminels.* Congrès de médecine mentale de Rouen. 1890, Paris, Masson.

4. Garnier. *Congrès international d'anthropologie criminelle*, Bruxelles, 1893, p. 163.

5. *Congrès pénitentiaire international de Paris*, 1895. Rapports et communications de MM. Motet, Magnan, Brouardel, Ballet, Colin, Fournier, inspecteur général, etc., etc.

6. *Revue pénitentiaire*, numéros de mai, juin, juillet, août, décembre 1897. Rapport de M. Ch. Constant; discours et communications de MM. Cheysson, Brunet, Cabanes, Motet, Th. Roussel, Garnier, Tarde, Bérenger, Le Poittevin, Dubief, Brunot, Paul Garnier, Joseph Reinach, Leredu, Henri Colin, A. Rivière, etc. etc.

7. Congrès de Médecine mentale. Marseille 1899.

8. Congrès international de Psychiatrie. Paris 1900.

9. Cf. aussi sur la question, M. Moeli, *Ueber Irre Verbrecher*, Berlin, 1888.

10. Cf. le rapport de M. Théophile Roussel. Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant révision de la loi de 1838; Paris, 1884.

11. Voir Paul Brousse. Rapport général au Conseil Général de la Seine sur le service des aliénés, 1897; et Toulouse. Rapport au Conseil général au nom de la sous-commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse (1898).

12. Conseil supérieur de l'assistance publique. Création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels. Rapport de M. le Dr A. Reynard. Discussion. Séance du 5 juin 1901.

Digitized by Google

vidus qui, au cours des débats, auraient été considérés comme en état de démence au moment de l'action pour laquelle ils étaient poursuivis.

Le rapporteur, M. Vivien, appuya l'amendement qui fut rejeté à une faible majorité. Repris à la Chambre des Pairs, il eut le même sort. On voit qu'il s'en est fallu de peu que la question des aliénés criminels ne fut depuis longtemps résolue dans notre pays.

II

Quelle est, à l'heure actuelle, la situation des aliénés criminels à l'étranger ?

En Angleterre, comme l'a si bien noté le Dr Nicholson, cité par le Dr Motet [1], la question des aliénés criminels comprend quatre périodes :

I. — Période dans laquelle les aliénés sont confondus avec les prisonniers dans les maisons de détention.

II. — Période de traitement dans les asiles, comme les aliénés ordinaires, 1800-1840.

III. — Période de réaction, 1840-1860.

IV. — Période de Broadmoor, ou période de centralisation ; application du système actuel.

C'est à la suite de plusieurs attentats commis par des aliénés criminels, et en particulier à la suite du coup de pistolet tiré par Hadfield sur le roi Georges III, en 1800 que fut votée la loi permettant à la Cour de retenir sous une étroite surveillance, pendant toute la durée du *bon plaisir du Roi*, les accusés acquittés par le jury « pour cause d'aliénation mentale », et les inculpés reconnus aliénés, soit au moment de la mise en accusation, soit au cours du procès.

Une fois la loi votée, on s'aperçut qu'on n'avait pas indiqué aux frais de qui seraient entretenus les malades de cette catégorie. Aussi ceux-ci continuèrent-ils à encombrer les prisons jusqu'en 1816 ; un quartier spécial leur fut alors affecté à Bedlam. Ce quartier et les annexes qui y furent ajoutées s'encombra bientôt, et l'Etat passa un traité avec une maison particulière, Fisherton House, près de Salisbury.

Cette situation dura assez longtemps : cependant, de toutes parts s'élevaient des réclamations au sujet des multiples inconvénients que comportait, pour les uns et pour les autres, ce mélange d'aliénés ordinaires avec des aliénés ayant commis des crimes, ou avec des criminels devenus aliénés. En 1852, une campagne fut

[1] Motet. Broadmoor Criminal Lunatic asylum. *Ann. Méd. Psych.* 1881. T. VI.

Digitized by Google

entreprise pour la réforme de cet état de choses. Lord Shaftesbury proposa à la Chambre des lords la création d'un asile spécial, mais ce fut seulement en 1860 que les communes votèrent la loi qui décidait la création de l'asile de Broadmoor. Celui-ci fut ouvert en 1863.

L'asile est placé sous la direction absolue du Secrétaire d'Etat de l'Intérieur qui peut y interner : 1° les malades placés au bon plaisir du roi (aliénés criminels jugés, et prévenus reconnus aliénés) ; 2° les convicts devenus aliénés.

Une partie de ces derniers est envoyée également au quartier spécial annexé à la prison de Woking, quartier analogue à l'ancien asile de Gaillon et exclusivement consacré aux convicts.

Les condamnés à de courtes peines sont placés dans les asiles ordinaires de comtés Les convicts, à l'expiration de leur peine, peuvent aussi être placés dans les asiles ordinaires. Ceux d'entre eux qui sont internés à Woking sont d'abord transférés à Broadmoor, pour de là être conduits dans les asiles de leurs comtés respectifs. A la suite des protestations nombreuses soulevées par ces transfèrements, il a été question de réserver presque exclusivement Broadmoor aux aliénés du bon plaisir du roi, de faire de Woking un asile pour les criminels devenus aliénés ou de construire un second asile spécial dans le nord de l'Angleterre.

Broadmoor reçoit des aliénés des deux sexes. Les frais de séjour de chaque malade, lorsque celui-ci n'a pas de ressources personnelles sont à la charge de la paroisse où se trouve son domicile de secours, et à défaut de la paroisse, sont acquittés par le comté où il a été emprisonné.

Nous avons dit que l'asile était sous la direction absolue du Ministère de l'Intérieur. Celui-ci peut, sur le certificat des médecins traitants, provoquer la sortie des malades guéris. Il peut, dans les mêmes conditions, faire transférer dans les asiles ordinaires les aliénés devenus inoffensifs ou dont l'état mental justifie une pareille mesure (paralytiques généraux, déments, etc., etc.).

De cette façon l'asile de Broadmoor n'est jamais trop encombré. Il y a lieu de noter aussi que le Ministre, sur la proposition des médecins de Broadmoor accorde des sorties conditionnelles aux malades. Ceux-ci sont rendus à leur famille qui s'engage à les recueillir et à les surveiller. Mais ils restent soumis au contrôle des agents du ministère, et en cas d'infraction soit de la part du malade, soit de la part de ses parents, la réintégration à l'asile s'opère immédiatement.

Le nombre des pensionnaires de Broadmoor est en moyenne de 650, dont environ 200 femmes. Il y a une moyenne de 50 admissions

Digitized by Google

par an. On exécute à l'asile tous les travaux qui se font dans un asile ordinaire. On y voit des ateliers de tailleurs, de cordonniers, de menuiserie, de maçonnerie, etc., etc. Les femmes sont occupées à la cuisine, à la buanderie, aux travaux de nettoyage, à la couture, etc., etc.

Comme dans tous les asiles anglais, une grande attention est apportée aux distractions des malades : ceux-ci disposent de jeux divers, de pianos, billards, etc., etc.

L'Ecosse possède, pour les aliénés criminels, l'asile de Perth, annexé à l'ancienne prison de Perth, bâtiment immense qui contenait les prisonniers pendant les guerres du premier empire. L'asile en lui-même n'a rien de séduisant, quoique on en ait dit. Il est certainement de beaucoup inférieur, et comme site et comme bâtiment, à notre quartier spécial de Gaillon. Créé en 1865, agrandi en 1881, il peut hospitaliser 80 malades, dont 52 hommes et 28 femmes. Le fonctionnement de l'asile de Perth est sensiblement le même que celui de Broadmoor. Les sorties conditionnelles s'y pratiquent également, mais sont entourées de précautions plus grandes qu'en Angleterre. Enfin, détail important, le Secrétaire d'Etat a le droit de maintenir à l'asile de Perth les condamnés aliénés ayant terminé leur peine, si l'état de ceux-ci rend dangereux leur transfèrement dans un asile ordinaire.

En Irlande, les aliénés criminels sont placés à l'asile de Dundrum, près de Dublin. C'est un petit établissement bâti en 1850, pouvant contenir environ 170 malades, dont 25 femmes. La moyenne des admissions, pendant les 5 dernières années, a été de 25,8 et la moyenne des sorties de 17,4. Les catégories de malades et les règles qui les régissent sont les mêmes qu'à Broadmoor ou à Perth.

Les Etats-Unis pratiquent de diverses façons l'assistance des aliénés criminels. Alors que dans certains Etats il existe, soit des asiles spéciaux, soit des quartiers spéciaux annexés aux asiles ou aux prisons, dans d'autres, les aliénés criminels sont mélangés aux aliénés ordinaires dans les asiles publics et les condamnés devenus aliénés sont soignés dans les infirmeries pénitentiaires.

L'Etat de New-York a été le premier à suivre l'exemple de l'Angleterre. L'asile spécial d'Auburn était même antérieur à celui de Broadmoor. Il recevait à la fois les condamnés devenus aliénés et les prévenus reconnus aliénés au cours de l'instruction, ou acquittés pour cause de folie, avec mention spéciale par le jury de la cause de l'acquittement.

Depuis 1892, l'asile d'Auburn est remplacé par l'asile d'Etat de Matteawan actuellement dirigé par le distingué docteur Alli-

Digitized by Google

son.[1] Bâti pour contenir 550 malades, il est maintenant devenu insuffisant et prochainement un nouvel asile, le *Dannemora Hospital for insane Convicts* recevra les criminels devenus aliénés, l'asile actuel étant réservé aux prévenus reconnus aliénés et internés par les cours de justice (*court cases*), auxquels viendront se joindre les malades coupables de délits de peu d'importance ayant entraîné une condamnation d'un an au plus. Ainsi se trouvera réalisée la réforme réclamée tant en Angleterre que dans l'Etat de New-York, et tendant à la séparation complète des aliénés criminels et des criminels devenus aliénés.

Les Etats de Massachussets, d'Illinois et de Michigan, possèdent également des asiles d'aliénés criminels. L'Etat d'Iowa réserve pour ses malades un quartier spécial annexé à la prison d'Anamosa. L'Etat d'Ohio a construit également un quartier spécial dans sa prison d'Etat. De même pour l'Etat du Maine, avec cette différence que, toutes les fois qu'un de ces malades semble devoir être mieux traité dans un asile ordinaire, son transfèrement a lieu.

Exception est faite cependant pour les convicts, dont le voisinage pourrait avoir une influence nuisible sur les autres pensionnaires. L'Etat de la Caroline du nord, par une loi de 1897, décidait d'annexer à la prison d'Etat un quartier spécial constituant un asile parfaitement séparé du pénitencier, mais dans lequel des prisonniers pouvaient être employés comme infirmiers,

La tendance générale, du reste, est de créer des asiles spéciaux indépendants, et des asiles ordinaires, et des prisons. C'est le vœu qui a été formulé par l'état d'Ohio[2], qui possède déjà un quartier spécial annexé à la prison. C'est aussi une des réformes demandées par l'Etat de New-Jersey et celui de Minnesota. Nous avons emprunté une partie des détails qui précèdent au travail de M. S. J. Barrows[3] sur les aliénés criminels aux Etats-Unis et à l'étranger. M. Barrows, commissaire général des Etats-Unis à la Commission internationale des prisons, est d'avis que dans un avenir prochain tous les états de l'Union devront avoir un asile spécial pour les aliénés criminels. Il insiste aussi, comme nous l'avons fait nous-mêmes à plusieurs reprises sur la nécessité d'exercer un contrôle sur l'état mental des détenus, et se rendre compte de l'influence du régime pénitentiaire sur la production de la folie.[4]

[1] Voir le 41e rapport du Dr Allison, sur l'asile de Matteawan. 1900.
[2] *Revue Pénitentiaire*. Février 1900, p. 358.
[3] Barrows. *The Criminal Insane in the United States and in foreign Countries*. Washington, Government Printing Office. 1898.
[4] A. Pactet et H. Colin. *Les Aliénés devant la Justice. Les Aliénés dans les Prisons*. (Aliénés méconnus et condamnés). Paris, Masson, 1902. 2 vol. Voy. Aliénés dans les Prisons, p. 216. Examen de l'état mental des détenus.

Digitized by Google

On voit, par ce qui précède, combien est variable le traitement appliqué aux aliénés criminels aux Etats-Unis. Il en est de même pour l'entrée et la sortie de ces malades. Tantôt c'est l'autorité administrative, tantôt l'autorité judiciaire, parfois l'avis du médecin seul, quelquefois aussi la combinaison des différents systèmes qui préside à la sortie des malades. Une mention spéciale doit être accordée à l'état de Géorgie. Ici, on fait une distinction entre les crimes entraînant la peine capitale et les autres. La loi de 1897 porte qu'un individu condamné à mort et reconnu aliéné doit comparaître devant un jury spécial. S'il est jugé sain d'esprit, il est exécuté ; si le jury conclut à la folie, le malade est envoyé à l'asile d'Etat où il reste jusqu'à ce qu'il soit guéri. Il en sort alors et on le condamne à être exécuté. Il nous paraît inutile d'insister.

Le Canada possède un asile spécial, l'asile de Kingstown, dans la province d'Ontario.

Si nous revenons à l'Europe nous voyons que partout, ou presque partout, la question de l'assistance des aliénés criminels est à l'ordre du jour. En Belgique, deux projets de loi sur la question ont été proposés par M. Le Jeune. Il existe actuellement, à l'asile de Tournai, un quartier dit de sûreté qui est loin de répondre aux besoins réels, mais dont la création a été nécessitée par le fait que l'asile de Tournai reçoit les aliénés condamnés et les aliénés renvoyés des poursuites. Ce quartier contient 35 places ; or, le nombre des condamnés devenus aliénés est de 50 à 55, et celui des aliénés renvoyés des poursuites dépasse de beaucoup la centaine. Ces détails nous ont été communiqués par le Dr Lentz, médecin de l'asile de Tournai, et il n'est pas besoin d'insister sur les multiples inconvénients d'une pareille organisation, sans parler de l'influence déplorable exercée sur le reste de la population par les délinquants qu'on est obligé d'y mêler.

La Suisse n'a pas d'asile spécial. Il est question de bâtir une section particulière dans l'asile-village de Mendrisio.

La Norwège a bâti un petit asile de 15 malades en 1895. La Suède ne possède pas d'établissement spécial. Il en est de même du Danemark, de la Hollande et de la Russie.

L'Espagne, en vertu d'un décret royal de 1886, devait être pourvue d'un asile d'aliénés criminels. Un projet de loi a été déposé à cet effet en 1894, et il en a été de même pour le Portugal en 1895. Jusqu'à présent rien n'a été réalisé.

Il existe en Hongrie, à Budapest, un asile spécial annexé à à la maison centrale, mais indépendant de celle-ci, au point de vue de la direction et du traitement des malades. Cet asile peut contenir 136 malades (96 hommes et 40 femmes) ; il est destiné

Digitized by Google

aux criminels en observation et aux détenus devenus aliénés. Les placements se font par ordre du ministre de la justice.

L'Italie a ouvert trois établissements d'aliénés criminels : Aversa, Montelupo et Reggio d'Emilie, qui peuvent recevoir respectivement 60, 300 et 200 malades. Un quatrième asile de 300 malades est en construction à Pouzzoles. Le Dr Pons a publié dans les annales médico-psychologiques (1896, I, p. 378) une description de Montelupo qui nous dispense d'insister. M. le professeur Tamburini a bien voulu nous faire parvenir les renseignements ci-joints sur son service de Reggio d'Emilie. L'asile ne contient que des hommes (200 environ). Comme les autres marricomes criminels, c'est un asile d'Etat placé sous l'autorité directe du ministre de l'Intérieur qui ordonne les entrées et les sorties.

Il renferme : 1° Les condamnés devenus fous ; 2° les prévevenus acquittés pour cause d'aliénation mentale (prosciolti), les prévenus en cours d'instruction et placés en observation (giudicabili).

Ces trois variétés se confondent ; de même, on ne fait aucune distinction entre les différentes formes d'aliénation mentale.

Le ministre de l'Intérieur ordonne le placement soit directement pour les condamnés devenus aliénés, soit à la suite de l'ordonnance du Tribunal pour les deux autres catégories.

La durée de placement est indéterminée ; s'il s'agit de condamnés, à la fin de leur peine ils sont transférés dans un asile ordinaire. Les aliénés acquittés peuvent être retirés par leur famille en vertu d'une ordonnance du Président du Tribunal, et après expertise, lorsqu'il est reconnu qu'ils ne sont plus dangereux.

Le régime est sévère : c'est celui des prisonniers ordinaires : 600 gr. de pain et une soupe par jour, de la viande une fois par semaine. Cependant, beaucoup de malades ont le régime d'infirmerie.

Les malades sont occupés à différents travaux.

Après bien des hésitations, l'Allemagne s'est décidée elle aussi à donner à la question des aliénés criminels une solution pratique. Ici comme en France, pas de législation distincte ; on avait cependant, dès 1864, à Bade, réglé la destinée des criminels devenus aliénés par la création du quartier spécial annexé à la prison de Bruchsal. On faisait de même en Saxe en 1876, à Waldheim. En Prusse, la maison de correction de Tabiau en recevait un grand nombre, et en 1888 on établissait pour eux une annexe à la prison de Moabit où ils subissaient leur peine pour être soit renvoyés en prison en cas de guérison, soit transférés dans les asiles ordinaires s'ils étaient libérables avant d'être guéris.

Digitized by Google

Tout le monde semblait d'accord pour réclamer une réforme, les uns demandant des établissements spéciaux, d'autres estimant que des quartiers spéciaux annexés aux prisons sont amplement suffisants. D'autres encore établissaient une distinction entre les aliénés criminels et les criminels devenus aliénés; ces derniers en raison des habitudes prises en prison devenant une source d'inconvénients pour le repos des autres malades, sans parler des révoltes, évasions, etc., etc.

En 1901, le Ministre des affaires médicales (cultes et instruction publique), et le Ministre de l'intérieur, règlementaient la sortie des aliénés dangereux en Prusse (aliénés irresponsables, criminels aliénés, aliénés considérés comme dangereux).

En résumé la seule catégorie d'individus auxquels on a commencé à appliquer un traitement approprié, est celle des condamnés devenus aliénés. Il existe en Prusse six quartiers spéciaux pour détenus devenus aliénés, quartiers annexés à des établissements pénitentiaires. Ce sont les quartiers de Cologne (1900), Münster (1900), Berlin (1900), Halle (1901), Glogan, Graudenz (1901), Breslau (1899).

Nous empruntons à notre collègue et ami Sérieux [1], les détails qui suivent sur le quartier de Bruchsal, la sation Moabit à Berlin, le pavillon de Düren.

Bruchsal admet les détenus aliénés du grand duché de Bade. Le nombre des malades est de 30 environ, dont 5 femmes. Il n'y a pas de formalités spéciales d'admission ou de sortie. Les femmes sont hospitalisées à l'infirmerie. Cette organisation très défectueuse est appelée à disparaître et sera remplacée par une « station d'aliénés » de 40 places, où le travail sera organisé et qui comportera un nombre élevé de quartiers de classement, mais qui conservera toujours un caractère pénitentiaire.

La station Moabit construite en 1887 et modifiée depuis, peut recevoir 60 malades. Il y a 14 cellules. En principe les détenus devenus aliénés sont seuls admis, mais par extension, on y reçoit, à la requête du Ministre de la justice, des prévenus et des accusés. On les examine pendant six semaines au plus. Puis le Dr Leppmann, professeur à l'Université, médecin d'arrondissement, adresse son rapport, soit au procureur du roi, soit au juge d'instruction, soit à la chambre des mises en accusation. Le procureur peut faire appel à la commission médicale de la province et celle-ci fait un deuxième rapport. Il y a enfin une troisième instance, le Conseil supérieur, qui siège au ministère des affaires médicales [2].

[1] *Rapport au Conseil général de la Seine sur l'hospitalisation des aliénés en Allemagne* (inédit).
[2] *Revue Pénitentiaire*. Mai 1900.

Digitized by Google

La durée de séjour est limitée à 6 mois, mais après chaque rapport semestriel on peut demander une prolongation jusqu'à 18 mois. Le malade est alors envoyé dans un asile public d'aliénés, à moins que — les asiles publics appartenant tous aux provinces, — le Landeshauptmann refuse de le recevoir, auquel cas il demeure au quartier spécial. (*Rev. Pénitentiaire*, mai 1900).

De son côté, le conseil provincial de la province Rhénane se préoccupait dès 1897, d'hospitaliser, non plus les détenus devenus aliénés, qui doivent rester à la charge de l'Etat, mais les criminels aliénés mis en liberté ou ayant purgé leur peine, et les aliénés ayant commis des actes criminels ou ayant manifesté des tendances homicides.

Le nouvel établissement prit le nom de Bewahrunghaüs (pavillon de surveillance) et fut annexé à l'asile provincial d'aliénés. Il ne reçoit que les hommes.

Ouvert en 1900, le pavillon de Düren comptait en 1901 quinze malades seulement venus des autres asiles provinciaux. L'admission se fait par ordre spécial du gouverneur de la province sur rapport médical.

La population actuelle de Düren est de 48 malades. L'établissement en lui-même présente un aspect rébarbatif et pénitentiaire qui a certainement dû influer pour une bonne part sur les révoltes et les difficultés d'administration qui se sont produites dans les premiers temps de sa création.

III

Le Dr Hurel, ancien médecin de la Maison Centrale et de l'Asile de Gaillon a rappelé (*Annales médico psychol.* 5e série. t. XVII, mars 1877), les origines de cet établissement ouvert le 17 mai 1876.

La nécessité du nouvel organisme se trouvait déjà démontrée dans la statistique médicale des établissements pénitentiaires pour la période allant de 1861 à 1866. Il y est dit (p. XI), qu'il serait désirable d'affecter un ou plusieurs établissements spéciaux aux condamnés aliénés, épileptiques, etc. On y revient encore dans les années 1866, 67, 68. En 1866, l'inspecteur général Constans était chargé par le Ministre de l'intérieur d'examiner les bâtiments de l'ancienne colonie industrielle de Gaillon, et le 21 mai de la même année il envoyait un rapport concluant à la possibilité de la transformation. En 1869 commençaient les travaux qui furent achevés en 1874. Des opinions divergentes se produisirent alors au sein du conseil supérieur de l'administration, et eurent pour effet de retarder jusqu'en 1876 l'ouverture du nouvel asile. A côté des noms de MM. Constans,

Digitized by Google

et Rousselin, il convient de citer ceux de MM. Théry (Enquête parlementaire de 1869). Lunier et Motet (Société de Législation Comparée 1871), dont les avis pesèrent d'un si grand poids en faveur de la réforme. MM. Lunier et Motet firent ensuite partie de la Commission qui élabora les règlements du quartier spécial.

Situé dans un site merveilleux, au milieu des jardins du château historique des cardinaux d'Amboise, archevêques de Rouen, dominant la vallée de la Seine qui nulle part n'est plus belle qu'à cet endroit, l'asile de Gaillon se compose d'un bâtiment adossé au coteau, vaste parallélogramme élevé de deux étages au-dessus du rez-de-chaussée. Le bâtiment précédé de jardins donnant sur la vallée, est divisé en quatre sections subdivisées chacune en deux parties, un réfectoire servant de salle de réunion, et une salle de travail. Chacune de ces pièces mesure 326 mètres cubes. Au premier étage se trouvent les dortoirs communiquant séparément avec chaque section ; au deuxième étage sont les combles ; cet étage est inoccupé et disposé à pouvoir être utilisé plus tard.

Au milieu du bâtiment on a installé les services généraux, bains, cuisine, locaux du personnel de surveillance ; à l'extrémité, un quartier d'isolement comprend 15 cellules, avec préaux et couloirs circulaires.

L'asile de Gaillon, d'après le règlement, était réservé aux détenus du sexe masculin aliénés ou épileptiques, condamnés à plus d'un an de prison. La moyenne des pensionnaires était et est encore de 75. Le placement se fait par l'ordre du Ministre de l'intérieur sur le rapport des médecins et des directeurs des établissements pénitentiaires. Le temps de l'internement à Gaillon compte dans la durée de la peine. Si l'aliéné est guéri avant l'expiration de celle-ci, il est réintégré en Maison Centrale. Si au contraire, il est encore malade à la fin de sa peine, il est transféré dans l'asile d'aliénés où se trouve son domicile de secours. Parfois, en attendant les formalités toujours longues de la recherche du domicile de secours, ou lorsque celui-ci n'a pas été déterminé, les malades sont dirigés sur l'asile de Navarre, près Evreux, où il existe un quartier qui leur est spécialement affecté.

Certains aliénés internés à Gaillon ont encouru la peine accessoire de la relégation. Pour ceux-ci, se réunit une commission médicale composée du médecin de l'asile et de deux médecins du voisinage, qui donne son avis sur la possibilité ou l'impossibilité d'appliquer la relégation. La commission des grâces et le Ministre de la justice sont ensuite appelés à statuer. Au sujet de cette commission médicale de relégation, une remar-

Digitized by Google

que importante s'impose. Les médecins qui en font partie, à l'exception du médecin de l'asile, n'ayant en général que des notions vagues d'aliénation mentale, se rangent invariablement à l'avis du médecin traitant. Celui-ci encourt, de ce fait, une responsabilité très grande, étant donné que bien souvent, et tant que la loi de 1838 ne sera pas modifiée à l'égard des aliénés criminels, ceux-ci, une fois la peine de la relégation enlevée, sortiront très rapidement des asiles où ils auront été transférés, tout prêt à recommencer leur déplorable odyssée. Il conviendrait donc d'adjoindre au médecin de l'asile un ou deux aliénistes, pour constituer la commission médicale de relégation.

L'asile actuel de Gaillon avons-nous dit, contient 75 malades. Il y a place pour 200. Nous avons du reste, déjà insisté sur la façon dont s'opère le recrutement de ces individus. (Pactet et Colin. — *Les aliénés devant la justice et dans les prisons.* Aliénés méconnus et condamnés. Paris, Masson, 1902. 2 vol). En effet, tous les détenus aliénés des prisons de France, doivent être envoyés à Gaillon. D'autre part, les statistiques des différents pays s'accordent pour évaluer à 5 ou 6 0/0 le nombre des aliénés existant dans les prisons, et si on ajoutait à ceux-ci les faibles d'esprit, les alcooliques, les déséquilibrés on aurait certainement, pour le monde des prisons, une proportion d'aliénés dix fois plus forte que pour la population libre. Le fait est que, dans beaucoup de cas, l'aliénation mentale passe inaperçue, soit parce que les médecins ne sont pas préparés à l'examen des aliénés par leurs études antérieures, soit parce qu'on ne leur signale pas les individus bizarres ou complètement fous que renferment les prisons,

Nous avons fait dresser le mouvement de la population de l'asile spécial de Gaillon depuis le 1er janvier 1894, année où nous avons pris le service jusqu'au 30 décembre 1900. Il y avait, au 1er janvier 1894, 83 malades à l'asile. Depuis cette époque jusqu'au 31 décembre 1900, il était entré 172 malades. Sur ce total de 255 malades, *cent treize*, soit près de la moitié, étaient fournis par *trois* maisons centrales : Beaulieu, Melun et Gaillon. Le reste, soit 142, provenait de 28 maisons centrales ou prisons.

Certaines maisons centrales, Clairvaux par exemple, qui contenait au 1er janvier 1894, 1182 détenus et qui a eu dans la même année, 768 entrées, a fourni à l'asile de Gaillon *dix* malades en sept ans.

La maison centrale de Loos avait à la même époque, 816 détenus et 430 entrées dans l'année. En sept ans, elle a envoyé 8 malades à Gaillon.

La maison centrale de Poissy, où l'on trouve en 1894, 1028 détenus et 792 entrées, a envoyé en sept ans, 6 malades à Gaillon.

Digitized by Google

L'explication se trouve dans ce fait qu'à Beaulieu, Melun et Gaillon, établissements d'où provenaient la plupart des malades de l'asile spécial, — le service médical est dirigé par des médecins familiarisés avec l'étude et les symptômes de maladies mentales. A Beaulieu, le Dr Moutier, médecin de la maison centrale est en même temps, médecin de l'asile de Caen. A Melun, le Ds Masbrenier est un ancien interne de l'asile Saint-Anne, membre de la Société médico-psychologiqne. Nous même nous dirigions le service médical de la maison centrale de Gaillon et de l'asile spécial, service confié actuellement au Dr Leroy de l'asile d'Evreux.

Au mois de juillet 1899, lors du transfert à la maison centrale de Gaillon des détenus relégables, provenant de la maison de Landerneau qui venait d'être supprimée, sur 250 individus, neuf aliénés avérés durent être presque immédiatement internés à l'asile spécial de Gaillon. Sept autres qui donnaient des signes de folie furent mis en observation, soit 16 malades sur 250 individus.

Il ressort de ces chiffres que seule, une infime minorité d'aliénés est envoyée à l'asile de Gaillon pour y trouver des soins convenables, tandis que l'immense majorité d'entre eux est maintenue dans les prisons où, sous le nom d'irréductibles ou de simulateurs, ils encourent toutes sortes de punitions, du reste parfaitement inefficaces dans l'espèce, sans parler des mauvais traitements éventuels.

Il y a là, on le voit, une réforme qui s'impose et dont la réalisation est d'autant plus facile que le quartier actuel de Gaillon est aménagé de façon à recevoir deux fois plus de malades qu'il n'en contient actuellement. Il serait facile du reste, de conserver au bâtiment existant sa destination actuelle, et de le réserver aux détenus devenus aliénés. On réaliserait ainsi les desiderata formulés en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne, au point de vue de la séparation des criminels aliénés et des criminels devenus aliénés. Bien qu'à ce point de vue, nous soyons de l'avis de Lunier qui trouve cette distinction beaucoup moins réelle en fait qu'on pourrait le croire, un grand nombre d'aliénés un quart au moins, l'étant déjà au moment de leur condamnation, il est certain que les habitués des prisons y ont contracté des habitudes d'indiscipline, de brutalité, et des mœurs spéciales, qui ne pourront manquer de choquer et de gêner considérablement les malades appelés à se trouver en contact avec eux. Nous mentionnerons pour mémoire les révoltes, les évasions, les violences de toutes sortes si fréquentes chez ce genre d'individus.

Lunier, nous venons de le voir, estimait à 1/4 le nombre des

Digitized by Google

aliénés criminels devenus délinquants sous l'influence de leurs idées délirantes. Nos recherches personnelles faites sur les malades de Gaillon, nous permettent d'augmenter cette proportion. Pour nous, le nombre des aliénés méconnus et condamnés, dont les crimes et les délits sont sous la dépendance immédiate de leurs idées délirantes, et dont la première et unique condamnation aurait pu être évitée s'ils avaient été soumis a un examen médical, atteint le chiffre énorme de 36.7 0/0. Ce chiffre se superpose presque exactement à celui des individus analogues (court cases) internés à l'asile de Matteawan (36 0/0).

Voilà donc toute une catégorie de malades pouvant facilement être mélangés aux aliénés criminels ordinaires, débarrassant d'autant l'asile actuel qui se trouvera ainsi amplement suffisant pour contenir les détenus, devenus aliénés, actuellement en prison.

L'asile actuel renferme exclusivement les hommes Il est de toute évidence qu'il y aura lieu de construire des bâtiments spéciaux, pour les aliénés criminels ordinaires d'une part, et de l'autre pour les femmes et les enfants. Le nombre des femmes est, on le sait assez restreint; il en est de même des enfants, bien qu'ici encore il faille compter avec toute une classe de petits malades, sujets anormaux, aliénés, idiots, imbéciles, épileptiques, incurables, qui encombrent les colonies pénitentiaires de jeunes détenus. Nous estimons à 15 0/0, au minimum, la moyenne des enfants enfermés ainsi dans un établissement pénitentiaire et dont la place serait dans un asile d'aliénés.[1]

Avant de terminer cette revue il nous reste à examiner deux points importants, ayant trait d'une part à la construction et à l'aménagement des nouveaux quartiers et aux occupations des malades, d'autre part au mode de placement et de sortie de ces derniers.

Nous avons exposé déjà dans notre rapport au Conseil général de la Seine sur les aliénés vicieux[2], ce qu'il convenait de faire vis-à-vis des aliénés dangereux, et bientôt on pourra voir réalisée la création d'un établissement spécial ne rappelant en rien la Bastille de Düren ou le *carcere duro* de Montelupo.

Il faut, croyons nous, renoncer de prime abord à l'idée des colonies agricoles, des travaux de culture en commun, toujours préconisés en pareil cas. Les travaux au dehors et en commun pour ces individus qui, pour la plupart, n'y sont pas préparés, sont une source de complots, de révoltes et d'évasions.

[1] PACTET et H. COLIN, loc. cit. passim.

[2] H. COLIN. *Les aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés.* Rapport à la commission mixte chargée d'étudier la question intéressant l'hospitalisation des aliénés. Conseil général de la Seine. 1899.

Digitized by Google

La seule solution pratique, c'est la division en quartiers aussi restreints que possible avec travail industriel. Séparez, isolez, sélectionnez les malades le plus possible, c'est la première condition à remplir, c'est en même temps le moyen de les mieux connaître et de les mieux traiter.

Des pavillons de vingt malades divisés en deux quartiers complètement séparés l'un à l'autre, construits et aménagés dans des conditions spéciales, avec des chambres d'isolement en nombre suffisant, voilà ce qui répond le mieux au but qu'on se propose. La surveillance devient extrêmement facile et on peut réunir plusieurs de ces pavillons pour en constituer un service d'un nombre convenable d'individus, et non pas une agglomération de plusieurs centaines de malades, comme cela se pratique actuellement.

Ces pavillons entourés de jardins comprennent des ateliers, des salles d'amusements qui nous semblent indispensables. Rien de pénible, pour le dire en passant, comme la différence de traitement infligée à Broadmoor, aux convicts et aux aliénés ordinaires. Tandis que, pour ces derniers, on a fait les choses luxueusement, avec tout le confort et les facilités de la vie moderne, les premiers sont relégués à un deuxième étage, et nous avons encore présente à l'esprit, la vision de ces individus vêtus de blanc, soumis à une discipline rigoureuse, sombres et taciturne, assis derrière des tables dans l'oisiveté la plus complète.

Car le travail est indispensable, et s'il est bien organisé on voit disparaître les rixes, les disputes, les batailles rangées, les révoltes qui sont si fréquentes dans ce monde spécial.

Le travail doit se faire sous le contrôle immédiat du médecin. Ce dernier doit avoir du reste. le rôle prépondérant dans un pareil asile. C'est lui et lui seul qui, — nous avons pu bien souvent le constater, — est capable de diriger ce genre de malades. Il arrive facilement à les faire travailler, il suffit pour cela qu'il possède une connaissance approfondie des individus confiés à ses soins, qu'il s'intéresse complètement à ce qu'ils font, qu'il s'initie à leur vie de chaque jour, qu'il sache donner à chacun de bonnes paroles, des encouragements, distribuer à bon escient des réprimandes ou des récompenses. Il est essentiel qu'aucune ingérence administrative ne vienne entraver l'action médicale, et que celle-ci intervienne seulement pour les formalités légales nombreuses et variées qu'entraîne la situation spéciale des intéressés.

Il convient d'examiner en terminant quelles seront les catégories d'aliénés à interner dans l'asile d'aliénés criminels. Au cours du débat qui a eu lieu au Conseil supérieur de l'Assis-

Digitized by Google

tance publique, on a écarté, et à notre avis on a eu raison de le faire, l'idée d'interner dans le nouvel asile les aliénés signalés comme spécialement dangereux par les médecins des asiles ordinaires. Il importe de rappeler que cette classe de malades n'est pas admise à Broadmoor, et que seuls y entrent, après avoir passé en jugement, les aliénés ayant commis un crime dans les asiles ordinaires.[1]

D'autre part M. Magnan demandait que les déments, les paralytiques généraux et les condamnés à de courtes peines fussent envoyés dans les asiles ordinaires. Ici encore il n'y a qu'à suivre l'exemple de l'Angleterre où les choses se passent de cette façon. Dans le cas où certains d'entre eux seraient internés par erreur dans l'asile spécial, on pourrait comme cela se pratique à Broadmoor laisser au médecin le droit de proposer à l'autorité compétente le transférement dans un asile public d'aliénés.

Dans quelles conditions se fera l'internement des malades ? Cette question fut longuement débattue dans l'importante discussion qui eut lieu sur les aliénés criminels, en 1897, à la Société générale des prisons. Il s'agissait de savoir si, en matière criminelle, on devait poser au jury ou à la Cour la question de l'état mental de l'accusé.

Tandis que MM. Constant, Cabanes, Berthelemy Devin et Bonjean refusaient toute compétence au jury, MM. Brunot Leredu, Reinach, Bouchacourt étaient d'avis que c'était au jury de décider de l'état mental de l'accusé. M. Tarde faisait remarquer que d'après la loi française, contrairement à ce qui se passe en Angleterre, le jury ne doit pas motiver son arrêt. M. le professeur Léveillé, reprenant une argumentation de M. Lefort devant la Société de médecine légale sur le même sujet, en 1875, assimilait la cause de l'aliéné à celle des mineurs. Dans ce cas, deux questions sont posées au jury. 1° L'accusé (mineur) a-t-il commis le fait ? 2° L'accusé (mineur) a-t-il agi avec discernement ? On pourrait d'après lui poser dans les mêmes termes la question de démence.

D'après la section III du projet de loi de M. Dubief, rédigée par M. Cruppi, la question d'irresponsabilité est posée au jury et l'internement est prononcé par le tribunal en Chambre du Conseil.

On a voulu voir là au Conseil supérieur de l'Assistance publique une atteinte portée au privilège médical. Pour nous, ainsi que M. Cruppi a bien voulu le rappeler dans cette discussion, nous avons toujours soutenu et nous pensons que la sanction

[1] *Conseil supérieur*, loc. cit. Discussion.

Digitized by Google

judiciaire s'impose, à l'égard de semblables malades. C'est une garantie *sine qua non* donnée au médecin pour assurer le bon fonctionnement d'un pareil service.

Il est à souhaiter, dirons-nous en terminant que, le principe de l'asile central d'aliénés criminels étant d'ores et déjà adopté, le Parlement consente à écouter le plus tôt possible M. Cruppi, rapporteur de la section III du projet de M. Dubief, portant modification de la loi de 1838. Cette partie de la loi, qui a trait aux aliénés criminels, est distraite de l'ensemble dans le but de régler définitivement la situation légale de ces derniers. La voter, sera faire œuvre de justice et d'humanité.

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE ET DÉLIRE[1]

Par les Docteurs

A. VIGOUROUX et P. JUQUELIER

Médecin en chef *Interne*

de l'Asile de Vaucluse

Dès 1890, M. le Dr Klippel[2] s'inspirant des travaux du Professeur Bouchard sur le rôle important des auto-intoxications en pathologie générale, attirait l'attention sur le rôle de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. Dans des démonstrations faites au laboratoire de l'Asile clinique de Sainte-Anne, plus tard dans de nombreuses publications sur lesquelles nous aurons à revenir, il précise le rôle de l'insuffisance hépatique dans le délire alcoolique, dans le délire hépatique et dans la paralysie générale.

M. Klippel apportait dans la pathologie mentale une notion nouvelle, en rapport avec les connaissances modernes, plus précises, du rôle physiologique du foie. « Le foie, dit Hanot[3], est un des rouages fondamentaux de la nutrition générale, il alimente toute activité de l'organisme et le défend contre les poisons. » Son insuffisance provoque la rétention de produits toxiques dans l'organisme quand la cellule hépatique cesse de remplir sa fonction antitoxique.

[1] Une note sur ce sujet a été présentée à la Société médico-psychologique le 30 juin 1902.

[2] KLIPPEL. Leçons de l'Asile clinique, 1890.

[3] HANOT et GILBERT. Etude sur les maladies du foie.

Digitized by Google

Cette conception, visant exclusivement les troubles cellulaires, à l'exclusion des affections hépatiques constituées par les lésions du tissu conjonctif (cirrhoses) est beaucoup plus précise, et par suite très distincte de l'opinion assez vague des anciens aliénistes (Esquirol, Foville, Guislain, Georget, etc.) qui considéraient les affections du foie comme susceptibles de produire l'hypochondrie par action reflexe, et de celle d'Hammond (1880)[1] qui tout en attribuant une place importante aux maladies du foie parmi les conditions étiologiques des maladies mentales, considère surtout l'action toxique de la bile imprégnant l'organisme.

La conception de M. Klippel fait rentrer le délire de l'insuffisance hépatique dans le groupe des délires par auto-intoxication[2].

Grilli (1889)[3], défendant une opinion tout opposée, dénie toute influence au foie dans la genèse des délires. « Les lésions du foie, dit-il, sont rares chez les aliénés et les désordres psychiques s'observent avec peu de fréquence chez les hépatiques. » Discutant cette opinion en 1892, M. Charrin[4] présente à la Société de Biologie, trois malades, deux atteints de cirrhose, le troisième de cancer du foie, avec urines hypertoxiques et glycosurie alimentaire et chez lesquels il observe des troubles mentaux, hallucinations et « délire apyretique donnant l'appa- » rence de véritables aliénés à trois malades qui tous trois ont » une affection hépatique, qui tous trois offrent des conditions » non douteuses d'auto-intoxication, qui tous trois ont des urines toxiques et une cellule du foie fonctionnant mal. »

Plus récemment, dans sa thèse, M. Léopold Lévi[5] fait jouer aux troubles hépatiques un rôle important dans la production des troubles nerveux et du délire. A côté de la neurasthénie héréditaire, il admet une neurasthénie hépatique, à côté de l'épilepsie essentielle une épilepsie hépatique, et même, un délire hépatique et une pseudo-paralysie générale hépatique.

Mais, dans les cas de M. Charrin, comme dans ceux de M. Lévi, il s'agit de désordres psychiques survenant au cours de maladies du foie constituées. Aussi M. Klippel[6] nous semble-t-il serrer la question de plus près lorsque, dès 1892, il recherche la cause du trouble mental dans l'insuffisance de la cellule hépatique,

[1] Hammond. Abcès du foie, leur association avec l'hypochondrie et leur traitement (Gaz. Hebdomadaire 1880.)

[2] Régis et Chevalier-Lavaure, Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès des médecins aliénistes (Session de La Rochelle, 1893.)

[3] Grilli. Riv. sperimentale, 30 mars 1889.

[4] Charrin. Maladies du foie et folie. Soc. de biologie, 30 juillet 1892.

[5] L. Lévi. Troubles nerveux d'origine hépatique (Th. 1896).

[6] Klippel. Archives générales de médecine, août 1892.

Digitized by Google

dans les cas où, dit Hanot, la « maladie hépatique ne s'extériorise que par les défaillances initiales du travail biologique. » Il met en évidence ce trouble biologique non seulement par les signes cliniques, mais aussi par les signes urinaires de l'altération bio-chimique de la cellule hépatique (urobilinurie, glycosurie alimentaire, diminution de l'excrétion de l'urée, etc.) M. Klippel[1] observant les aliénés de la clinique de Ste-Anne, distingue deux groupes dans les maladies mentales où il constate de l'insufsance hépatique. Dans un premier groupe, les troubles hépatiques n'ont qu'une action douteuse ; dans le second, la lésion du foie prend une importance réelle dans la pathogénie des troubles mentaux. Elle entretient parfois le délire et corrobore l'action d'autres agents toxiques (délire subaigu d'origine alcoolique). Ailleurs, elle est plus importante encore, elle est primitive et les troubles cérébraux ne se montrent qu'après elle : « L'insuffisance hépatique, agissant sur un terrain préparé par » d'autres causes (hérédité, altérations rénales, alcoolisme) peut » engendrer dans quelques cas, développer dans d'autres des » maladies mentales. »

Le malade, dit encore M. Klippel[2], soumis à l'abstinence depuis longtemps, était d'abord un alcoolique, il est maintenant un hépatique... Il délire comme prédisposé, il délire comme atteint de lésions cérébrales créées par l'alcool, mais il délire surtout comme frappé dans son foie devenu insuffisant. »

Dans un autre mémoire[3], le même auteur rapporte deux observations, où le délire est en relation évidente avec l'auto-intoxication hépatique, et, où l'action de l'alcool ne peut être autrement invoquée que par son action antérieure sur la cellule hépatique.

De cette pathogénie, M. Klippel dégage la donnée thérapeutique importante : diminuer et combattre l'auto-intoxication d'origine hépatique. Dans le même ordre d'idées, M. Joffroy[4] rapporte, en 1896, un cas de pseudo-paralysie générale d'origine hépatique auquel manque malheureusement le contrôle anatomique.

Puis, M. Ballet[5] et son élève M. Maurice Faure[6] ont, à plusieurs reprises, soutenu la thèse de l'importance des lésions hépatiques dans la production de troubles mentaux.

[1] Klippel. Archives générale de médecine, août 1902.
[2] Klippel. Annales médico-psycologiques 1894, tome I, page 262.
[3] Klippel. Délire et auto-intoxication hépatique, *Revue de Psychiatrie*, septembre 1897.
[4] Joffroy. Société médicale des hôpitaux, 1896.
[5] Ballet et M. Faure. Presse médicale, 30 novembre 1898, page 317.
[6] Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépatorénales. Th. de Paris, 1897.

Digitized by Google

Cullérre[1], tout en discutant la valeur du terme folie hépatique, estime qu'il y a lieu d'accorder une importance réelle, au point de vue étiologique, aux lésions et aux troubles fonctionnels du foie dans les maladies mentales.

Dans son rapport sur le délire aigu M. A. Carrier attribue[2] aussi à l'insuffisance hépatique un rôle dans la pathogénie du délire aigü.

Mais dans la plupart des cas signalés par les auteurs, auxquels nous avons fait allusion, l'allure aiguë de l'affection, la rapidité de l'évolution ont permis le contrôle anatomique.

En particulier, les recherches histologiques de M. Klippel ont vérifié, après autopsie, les altérations cellulaires du foie qu'il avait prévues au cours de la maladie.

Forts de cette vérification (qui nous manque cependant, à cause même du genre de malades auxquels nous nous sommes adressés), nous voudrions présenter quelques observations, dans lesquelles l'insuffisance hépatique passagère a coïncidé avec des troubles mentaux variés, également passagers.

Chez nos malades, comme dans les observations de M. Klippel, l'auto-intoxication d'origine hépatique agit sur des cerveaux prédisposés, soit par l'hérédité, soit par l'alcool.

Nous ne rappellerons pas les signes bien connus de l'insuffisance hépatique : à côté de la grande insuffisance, caractérisée avant tout par le syndrome ictèregrave, il existe une insuffisance atténuée (petite insuffisance hépatique), se traduisant cliniquement par du subictère, de l'asthénie généralisée et des troubles gastriques variés, (constipation , fétidité de l'haleine et des selles), et au cours de laquelle l'examen des urines révèle habituellement de l'urobilinurie, la diminution de l'excrétion de l'urée et l'exagération de l'excrétion d'acide urique, la présence de pigments biliaires modifiés, la glycosurie alimentaire[3].

Cette petite insuffisance se manifeste par crises de durée variable. Elle est l'expression d'altérations cellulaires réparables, ou de lésions définitives d'un certain nombre de cellules dont l'action physiologique est plus tard compensée par d'autres cellules restées saines.

La fréquence de la stéatose hépatique latente des alcooliques et son importance en clinique générale vient d'être mise en évidence par une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Gilbert et P. Lereboullet[4].

[1] Cullerre. Hépatisme et psychose. Archives de Neurologie, novembre 1898.
[2] Carrier. Délire aigu. Rapport au Congrès des médecins aliénistes (Session de Limoges 1901).
[3] Gouget. Insuffisance hépatique.
[4] Gilbert et P. Lereboullet. Soc. méd. des hôpitaux.

Digitized by Google

Chez les malades que nous avons observés, nous avons trouvé la plupart des signes cliniques habituels et des signes urinaires (diminution de l'urée, urobilinurie) et surtout la glycosurie alimentaire ; car c'est l'épreuve très clinique de la glycosurie alimentaire qui nous a servi de pierre de touche. Nous avons éliminé l'hypothèse de lésions renales importantes, tant par l'analyse des urines que par l'étude de la perméabilité du rein, nous avons toujours trouvé le sucre dans les premières urines recueillies une heure ou deux après l'ingestion.

Nous savons que cette épreuve ne possède pas une valeur absolue, qu'elle a été récemment très discutée[1]. Mais d'une part, d'autres signes nous ont permis d'affirmer l'altération cellulaire du foie ; d'autre part, l'épreuve a été la plupart du temps négative chez un grand nombre de malades pris comme témoins; enfin, elle possède quelque valeur au moins dans les cas signalés, puisque tel malade qui laisse passer le sucre au cours de ses bouffées délirantes ne le laisse plus passer quand il a repris son équilibre mental[2].

Nos malades à jeun, prenaient 150 gr. de glucose en solution aqueuse. L'urine était examinée avant, puis 1 h., 2 h., et 3 h. après. Le sucre apparaissait à la première et quelquefois à la deuxième heure pour disparaître à la troisième heure.

Les malades que nous présentons peuvent être divisés en trois groupes.

Le malade du premier groupe Y . . . (obs. I) est de ceux chez qui, dit M. Klippel, l'action du foie est venue s'ajouter à celles d'autres agents toxiques : c'est un alcoolique soumis depuis un an à l'abstinence, à cause d'accidents alcooliques et qui d' « alcoolique est devenu hépatique ».

Il a présenté une confusion mentale profonde avec des signes physiques d'insuffisance hépatique, confusion mentale et insuffisance hépatique, ont évalué en quelques semaines. La glucosurie alimentaire positive à la période d'état, fut négative au moment de la guérison.

Notre deuxième groupe comprend 3 malades : D.... obs, II, F.... obs. III, G.... obs. IV, qui ont présenté un certain degré d'insuffisance hépatique intermittente, coïncidant avec des périodes de délire hallucinatoire (D), de confusion mentale avec dépression mélancolique (F), de confusion mentale avec agitation (G). Chez tous, la glucosurie alimentaire disparaît en l'absence de troubles mentaux.

[1] Congrès de Toulouse, 1902.
[2] On a proposé de remplacer le glucose par la lévulose ; mais le prix très élevé de ce produit rend son emploi impossible en clinique.

Digitized by Google

Ces observations nous ont paru particulièrement intéressantes. Il s'agit là d'altérations passagères de la fonction hépatique, dont la cause il est vrai, nous échappe encore, et suivies de délire également passager. Or, la constatation des altérations du foie nous a permis de préciser notre diagnostic en y ajoutant un élément pathogénique : nous ne disons plus dégénérescence mentale s'accompagnant de délire hallucinatoire, de confusion avec dépression mélancolique ou de confusion avec excitation. Nous disons : dégénérescence mentale avec insuffisance hépatique provoquant des hallucinations de la confusion, de l'excitation. Cette donnée pathogénique a non seulement (comme le dit M. Klippel), une importance pratique immédiate en donnant une indication thérapeutique très nette — mais elle comporte encore, et c'est là un point particulièrement intéressant, l'établissement d'une hygiène spéciale destinée à éviter le retour des crises d'insuffisance. Chacun de nos malades guéri devra, non seulement, éviter le surmenage cérébral en tant que dégénéré, mais il devra encore surveiller son régime alimentaire en tant qu'hépatique latent.

Notre troisième groupe comprend plusieurs malades (nous ne citons que deux observations A obs. V et B. obs. VI). Nous trouvons chez ces sujets de l'insuffisance hépatique, évoluant en même temps que des troubles psychiques (dépression mélancolique et délire hallucinatoire). La glycosurie alimentaire est positive, les urines contiennent des quantités notables d'urobiline, mais l'évolution n'est pas terminée et l'avenir nous dira quelle relation exacte nous pouvons établir entre l'état mental et l'insuffisance hépatique.

Observation I. — *Insuffisance hépatique passagère, et confusion mentale évoluant parallèlement chez un ancien alcoolique : guérison simultanée en six semaines.* — J..., Pierre, 57 ans, est entré le 12 avril 1902 atteint de confusion mentale. Transporté quelques jours avant à la Charité à la suite d'un accident survenu sur la voie publique, il avait été immédiatement évacué sur Sainte-Anne, à cause de son agitation.

Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Dans ses antécédents personnels, nous retrouvons plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu : marié, il a eu un seul fils âgé de 32 ans et bien portant : Il a commis de nombreux excès alcooliques, et c'est à la suite de discussions provoquées par ses trop fréquentes ivresses qu'il a quitté sa femme il y a 12 ans.

Depuis cette époque il a vécu chez sa sœur et a continué à boire jusqu'à il y a un an : A cette date il a eu une crise de délire alcoolique aigu, avec hallucinations terrifiantes de la vue, Il a gardé le lit pendant 15 jours ; il ne boit plus depuis lors.

Depuis dix ans, il s'occupait de contentieux dans les maisons de

Digitized by Google

crédit. Au moment de son rétablissement, il a pu reprendre ses occupations jusque vers le 20 mars 1902. Alors il s'est trouvé sans place, il a cherché de l'ouvrage, s'est fatigué et le 9 avril, il a été pris dans la rue d'un étourdissement suivi de chute ayant nécessité son transport à la Charité. Dès le lendemain, il fut évacué sur Sainte-Anne, et est arrivé à Vaucluse le 12 avril.

A son entrée dans le service, le malade paraît très affaibli. Il est hors d'état de donner des renseignements recevables sur son état. Il porte sur la face du côté gauche une vaste ecchymose envahissant la région retro-auriculaire et la région temporale s'accompagnant du même côté d'un léger écoulement séreux de l'oreille. Cette ecchymose récente est vraisemblablement en rapport avec sa chute.

Le teint est terreux, la peau sèche, les pupilles sont très légèrement inégales au profit de la droite. Les réflexes pupillaires sont normaux. La langue est sèche, fendillée et saburrale, l'haleine est fétide. La parole est lente, faible et paraît coûter au malade un effort considérable. Les réflexes tendineux et cutanés sont très affaiblis : l'examen des principaux organes révèle de l'emphysème pulmonaire avec légère bronchite ; le foie est petit. Les bruits du cœur sont sourds et irréguliers.

Pas d'hyperthermie au moment de l'entrée; l'urine contient une légère quantité d'albumine.

Au point de vue mental, le malade est très confus : Il est ici depuis 8 jours. Il était à Sainte-Anne depuis 2 ans. Il y est venu après s'être disputé avec des clients qui ne voulaient pas le payer. Il est sorti ce matin pour aller rue Montmartre. Habituellement somnolent il sort de sa torpeur pour se lever, voulant s'en aller travailler.

La nuit il a déchiré ses draps, il a uriné au lit.

Le 14 avril l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat positif, le malade est soumis au régime lacté absolu. L'examen des urines, pratiqué avant toute modification au régime, a révélé un volume un peu exagéré (1750 g.) une excrétion de l'urée à peine diminuée (24 g.) et un coefficient d'oxydation faible (70).

Du 15 au 18 avril, pas de modifications notables, mais le malade présente un mouvement fébrile assez accusé avec exacerbations vespérales (38,8 — 38,6 — 38,2). Il se plaint de céphalagie et va souvent à la selle. Les nuits sont mauvaises ; sommeil souvent interrompu et agité.

Le 18 avril la fièvre a disparu, le malade parait reprendre conscience de sa situation : Il répond mieux aux questions qu'on lui pose, demande à s'en aller pour travailler mais sans quitter son lit.La céphalagie persiste ; tout écoulement d'oreille a disparu. L'écchymose faciale s'efface progressivement.

Le régime lacté est maintenu.

Le 26 avril après 15 jours d'observation, l'amélioration est notable. Le malade sait où il est, depuis combien de temps il y est

Digitized by Google

Il donne quelques renseignements sur ses antécédents, se rappelle qu'il a fait une chute, mais n'a pas gardé le souvenir de son passage à la Charité.

L'amélioration est allée en s'accentuant jusqu'au 5 mai. A cette époque le malade peut être considéré comme guéri. La langue est humide, le teint meilleur, les selles régulières. La confusion mentale a disparu. Le malade s'inquiète de son départ en vue duquel il fait des projets très raisonnables.

Il compte faire un séjour de quelque temps à la campagne avant de reprendre ses occupations.

Le régime lacté exclusif est remplacé par un régime mixte, duquel toute boisson alcoolique est rigoureusement exclue. J... a été surveillé de la sorte jusqu'au 30 mai. A cette époque, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été négative. Le 7 juin, le malade est rendu à sa famille.

En résumé, chez un alcoolique de 57 ans, ayant déjà présenté des troubles intellectuels d'origine éthylique, et par conséquent prédisposé, évolution d'un accès subaigu de confusion mentale, avec excitation passagère, s'accompagnant de symptômes d'insuffisance hépatique; régression parallèle sous l'influence du régime lacté. Notons ici que le malade avait cessé de s'alcooliser depuis un an et notons d'autre part qu'il existait une albuminerie en rapport avec une altération rénale loin d'être exceptionnelle au cours de l'insuffisance hépatique.

Observation II. — — *Délire hallucinatoire et mélancolie intermittente, dont le retour coïncide, chez un dégénéré héréditaire avec de l'insuffisance hépatique : Amélioration parallèle de l'état fonctionnel de la cellule du foie et de l'état psychique* — D..... J.-Baptiste (49 ans) est entré dans le service des hommes de l'Asile de Vaucluse le 19 avril 1902. C'est son sixième internement.

De ses antécédents héréditaires nous savons que son père a été interné à Rennes à 75 ans, et deux mois seulement avant sa mort. Le malade a eu 15 frères et sœurs dont six sont morts. Les autres sont bien portants. Aucun n'a présenté ou ne présente de troubles cérébraux.

Le malade est marié depuis 1883 et n'a pas d'enfants, il n'a jamais présenté de maladies graves. C'est un bon ouvrier et un ouvrier sobre : En 1892, il reçut, en travaillant de son métier de forgeron, un coup de marteau au niveau de l'arcade sourcilière gauche. Ce traumatisme n'eut pas de conséquences immédiates et les premiers troubles intellectuels ne débutèrent qu'un an après.

D... fut interné pour la première fois en 1893. Après un repos de quelques semaines, il put reprendre son travail. Mais depuis il a eu plusieurs crises délirantes analogues à la première, alternant avec des périodes de bonne santé.

La durée des crises est variable, ainsi que la durée des périodes intermédiaires mais toutes ont les mêmes caractères : Nous ne décrirons que la dernière. Notons cependant que pendant son dernier internement, D... a eu une rechute et que nous avons pu assister

Digitized by Google

à l'évolution complète de la crise. Nous sommes en droit d'affirmer qu'elle n'avait été provoquée par aucun excès alcoolique, le malade est abstinent à l'Asile.

Sorti de l'Asile de Vaucluse le 22 septembre 1901 à la fin de la crise qui a précédé celle que nous étudions, le malade reprit son travail pendant sept mois, ne présentant rien d'anormal.

Vers le 10 avril 1902, sa femme remarqua le matin qu'il avait mauvaise mine, il était jaune, dit-elle, et mangea sans appétit.

Il continua pourtant à travailler pendant quelques heures, mais le soir, une heure avant de finir sa journée, il quitta brusquement l'atelier et revint chez lui, se disant poursuivi.

Des voix lui conseillaient de se sauver, s'il voulait éviter la mort, l'accusaient de crimes imaginaires. Sa femme voyant débuter un nouvel accès, provoqua le certificat d'internement qui le conduisit à Sainte-Anne et deux jours après à Vaucluse.

Examiné à son entrée le 19 avril, le malade paraît triste, inquiet. La peau est sèche, présente une teinte terreuse, les conjonctives sont nettement subictériques. Les pupilles sont sensiblement égales et les reflexes pupillaires sont conservés. La langue étalée et saburrale ne présente pas de tremblement fibrillaire. Le malade parle bas, sans hésitation ni achoppements, l'haleine est d'une fétidité spéciale. Les reflexes patellaires sont forts, les reflexes cutanés (plantaires et crémastériens) sont faibles. Pas de modifications notables de la sensibilité générale, ni de la force musculaire. Cependant le malade se sent faible. Au premier examen, pas de troubles importants des principaux organes. Pouls un peu lent, pas d'hyperthermie. On note pourtant un léger degré d'artério-sclérose, une certaine difficulté de la miction. Les urines, normales d'aspect et de quantité, ne contiennent ni sucre ni albumine. Le malade est triste, découragé, absorbé par ses hallucinations, il ne ne se rend pas un compte exact de sa situation ni du temps.

Comme altérations sensorielles, et de même qu'à ses crises précédentes (elles paraissent calquées les unes sur les autres), le malade présente des hallucinations auditives presque continues : il entend des voix de tous les côtés, ces voix lui disent de s'en aller. Il ne peut douter de leur réalité : il y en a des quantités « tout le monde est après moi. » Il ne distingue pas tout ce qu'elles disent, mais elles l'obsèdent d'ordres de départ : « Va-t'en, va dans ton pays, etc. »

La persistance de ces hallucinations auditives explique l'état mélancolique du malade qui, au cours de crises précédentes, a eu des idées de suicide, sans jamais pourtant faire de tentatives bien sérieuses.

Laissé pendant quelques jours (du 20 au 29 avril) au régime ordinaire, le malade a été assez calme, mais toujours halluciné. Des voix lui disent d'aller travailler, d'autres veulent l'expulser. Il sait bien que des personnes veulent lui faire le tour : Absorbé, pensif, il parle peu, mange modérément et ne va à la selle que sous l'influence de lavements et de purgatifs. La langue reste sale : D... supporte assez bien le séjour au lit : les nuits sont bonnes.

Digitized by Google

Avant toute modification au régime, les urines ont été examinées. L'examen a révélé une diminution légère de l'excrétion de l'urée (22 gr. au lieu de 26,30 par 24 heures) et un coefficient d'oxydation un peu élevé : 94 (au lieu de 85).

Enfin le 28 avril, le malade absorbe 150 gr. de glycose. Les urines recueillies deux heures après l'ingestion donnent très nettement avec la liqueur de Fehling un précipité rougeâtre d'oxyde de cuivre; le 30 avril, administration de 0,50 de calomel et régime lacté absolu.

Le régime lacté absolu a été continué pendant deux semaines ainsi que l'administration à quelques jours d'intervalle de petites doses de calomel. L'amélioration a été rapide. La langue est devenue moins blanche, le teint meilleur, les yeux moins jaunes : les voix se sont éloignées et ont disparu progressivement.

Le 15 mai, le malade se dit complètement rétabli et demande à travailler. On fait droit à sa demande, et un régime alimentaire est institué, moins rigoureux, mais duquel le vin est absolument exclu. La régularité des selles est assurée par des purgatifs légers souvent répétés.

Le 8 juin 1902, le malade, se sentant tout à fait bien, demande sa mise en liberté. L'amélioration a été en s'accentuant, travail régulier, plus d'hallucinations.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été renouvelée et a été absolument négative.

En résumé, délire mélancolique secondaire à des hallucinations auditives ayant évolué chez un prédisposé parallèlement à un accès d'insuffisance modérée de la cellule hépatique; amélioration également parallèle de l'état physique et de l'état mental.

L'épreuve du sucre paraît avoir dans ce cas une valeur diagnostique réelle, puisqu'elle a donné des résultats différents à un mois d'intervalle, l'état du malade était très différent aux deux dates de l'examen.

Notons enfin qu'au cours des deux crises précédentes (1900 et 1901), ayant nécessité un séjour à Vaucluse, c'était déjà sous l'influence du régime lacté que l'amélioration s'était produite.

Observation III. — *Dégénéré ayant fait autrefois des excès d'alcool. Accès de confusion mentale avec hallucinations et dépressions mélancoliques. Insuffisance hépatique. Evolution parallèle.* — F..... Louis-Edouard, 38 ans.

Entré à l'asile le 12 janvier 1901.

Hospitalisé à Nanterre comme vagabond, il fut transféré à cause de ses actes déraisonnables et incohérents, il a présenté, pendant son passage à l'infirmerie du Dépôt et à l'admission, des troubles intellectuels et des idées délirantes de grandeur qui l'ont fait considérer comme atteint de paralysie générale.

A son entrée dans le service, les bouffées délirantes et les idées de richesse ont disparu ; l'excitation signalée dans les certificats antérieurs a fait place à de la confusion mentale avec des idées mélancoliques.

Digitized by Google

Il nous dit que toute sa vie il a été inférieur aux autres et qu'il a souffert de son infériorité dont il avait conscience. Tout jeune, à l'école il ne pouvait apprendre ses leçons et par dépit il chercha à s'empoisonner. Depuis il n'a jamais travaillé comme il l'aurait voulu, « il s'en veut à lui-même parce qu'il n'en fait pas assez, il a besoin qu'on le dirige. »

Il a fait une tentative de suicide il y a quelques années parce qu'il n'avait pas de travail et il porte encore au niveau du cartilage thyroïde la cicatrice d'une coupure qu'il s'est faite.

Sa conduite n'était pas très régulière, il aimait, dit-il, à faire « le libertin » et sans faire d'excès réguliers d'alcool, il s'enivrait quelquefois.

L'examen physique ne révèle, à cette époque, aucun trouble somatique ; les pupilles sont égales et réagissent, la langue ne présente pas de tremblement marqué, pas d'embarras de la parole, les reflexes patellaires sont très faibles. Les trois derniers doigts de la main gauche sont le siège de troubles trophiques consécutifs à une brûlure ; la peau à ce niveau est fine luisante et sclérosée.

Le diagnostic de dégénérescence mentale avec confusion mentale, sentiment d'impuissance et idées de suicide fut porté, remplaçant celui de paralysie générale.

Au bout de quelques semaines, l'obnubilation intellectuelle disparut progressivement et le malade demanda à travailler.

Il fut, en effet, occupé aux travaux de la menuiserie et là il se montra actif, docile et facile à diriger, sa mémoire était bonne, sa conduite régulière ; il jouissait d'une assez grande liberté et n'avait jamais manifesté aucune idée délirante. Il se trouvait disait-il, plus heureux qu'il n'avait jamais été.

Il suivait le régime alimentaire ordinaire de l'Asile dont est exclue toute boisson alcoolique.

Au mois de mars 1902, c'est-à-dire 15 mois après son entrée, F. présenta des troubles gastriques, il n'eut plus d'appétit, mangea moins régulièrement, son teint prit un aspect terreux, les yeux se cernèrent, en même temps il devint sombre, préoccupé. Il fut passé à l'infirmerie et alité.

Examiné à ce moment, il présente un teint bronzé, la peau est sèche, la langue est étalée et saburrale, l'haleine fétide, il existe de la constipation, le ventre est ballonné. Les matières fécales obtenues par lavement sont noirâtres et fétides. Le pouls est normal, le cœur et le poumon ne présentent rien à l'auscultation.

Il a de l'anorexie profonde.

L'urine est très abondante, 2.800 gr. par 24 heures ; sa densité est 1011 à 20°, elles sont hyperacides (acidité en acide phosphorique 2 24) ; le taux de l'urée est abaissée, 7 gr. 5 par litre, 21 gr. 18 en 24 heures.

Poids de l'azote de l'urée.....	9,74
Poids de l'azote totale.....	18,84
Acide urique.....	0,47
Acide phosphorique total	2,26
Chlorure de sodium	0,17

Digitized by Google

Par suite de l'augmentation du poids de l'azote total (18.84 au lieu de 14), le coefficient d'oxydation est très abaissé (62 au lieu de 85 à 90) ; pas trace d'albumine ni de sucre.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est nettement positive.

Pas de température.

Couché dans son lit, le malade reste immobile somnolent ; il paraît triste, abattu, découragé.

Il sort cependant de sa torpeur, quand on l'interroge ; ses réponses sont confuses, sa parole lente. Il ne fait pas d'opposition aux ordres qu'on lui donne.

Pressé de questions sur la cause de sa tristesse, il finit par avouer qu'il va être mangé par un ours ; cette nuit il a vu le médecin avancer sur lui avec un ours ; cet ours devait lui sauter sur le dos, lui enfoncer les griffes dans la chair et le dévorer parce qu'il est un être inutile et n'ayant pas le courage de travailler. Il ne sait pas s'il dormait ou s'il était éveillé quand il a eu cette vision pénible. Devant les objections qui lui sont opposées sur l'invraisemblance de cette scène, il avoue que c'est un cauchemar et finit par en plaisanter presque.

Il reste néanmoins dans cet état de torpeur pendant quelques jours, triste, mais résigné, attendant toujours la mort.

Grâce au régime lacté et à des prises répétées de calomel à doses fractionnées, l'état gastrique s'améliore et parallèlement l'état mental. F. commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, puis il demande à se lever, travaille un peu dans le dortoir et enfin va travailler une partie de la journée à l'atelier. A ce moment les troubles gastriques sont très atténués. L'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat à peu près négatif, c'est-à-dire que la réduction de la liqueur de Fehling ne se fait pas au moment de l'ébulition, mais par refroidissement.

Après quelques jours d'amélioration presque complète, le 28 mai le malade retombe dans le même état de stupeur ; il présente le même état gastrique, les mêmes symptômes d'insuffisance hépatique, le même délire d'attente, délire secondaire à des hallucinations vagues hypnagogiques ou à des cauchemars. Il va être transporté en mer par un bateau qui partira de Toulon, et il sera mangé par des crocodiles. Il a été piqué par des abeilles qui l'ont entouré, il les a chassées une première fois, mais elles vont revenir, etc.

Ces idées délirantes sont mobiles comme les troubles sensoriels qui les provoquent, elles n'ont de commun que leur caractère de tristesse. Sous leur influence il reste immobile et attend la souffrance et la mort.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive.

Le 15 juin, une nouvelle amélioration se produit toujours précédée d'un amendement des symptômes gastro-hépatiques, le malade s'occupe, il est plus causeur, plus actif. Il lit des romans de Jules Verne. Ces lectures influent sur ses idées, il se reconnaît dans un des personnages du roman.

L'amélioration continue, les idées mélancoliques disparaissent, la confusion mentale se dissipe et F. recommence à travailler.

Digitized by Google

A ce moment (25 juin), l'épreuve de la glycosurie est négative.

En résumé, accès de confusion mentale avec hallucinations et dépression mélancolique survenant à l'occasion de symptômes d'insuffisance hépatique chez un dégénéré ayant fait autrefois des excès alcooliques. Evolution parallèle des symptômes d'insuffisance hépatique et de la glycosurie alimentaire, et de l'état mental.

Observation IV. — *Accès de confusion mentale avec excitation passagère chez un dégénéré, ancien alcoolique, coïncidant avec de l'insuffisance hépatique. — Evolution et Amélioration parallèles.* — G..... J.-B. (52 ans) est entré à l'Asile de Vaucluse le 12 octobre 1901, venant de la maison départementale de Nanterre d'où un accès subit d'excitation l'avait fait évacuer.

Nous ne savons rien de ses antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels du malade ne nous sont connus que par les renseignements qu'il nous a fournis dans l'intervalle de ses crises d'excitation.

Il est tout à fait impotent de ses deux membres inférieurs et ne le serait devenu, nous a-t-il dit, qu'à partir de sa quinzième année.

G... nous a avoué des excès alcooliques, à la suite desquels il a été interné plusieurs fois à Niort, à Ville-Evrard et déjà à Vaucluse.

A son entrée dans le service, la crise d'excitation qui a nécessité son départ de Nanterre a été un peu calmée.

Voici le résumé de son état à l'entrée :

Le malade est dans son lit, son teint est terreux, ses yeux sont entourés d'un cercle de bistre. Les conjonctives ne sont pas franchement blanches. Les pupilles sont égales, les reflexes pupillaires normaux.

Les principaux appareils fonctionnent régulièrement.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Il n'y a pas de trouble de la parole.

La force musculaire est très développée dans les membres supérieurs. La sensibilité générale est normale aux membres supérieurs, à la face et au tronc.

Les deux membres inférieurs sont très atrophiés dans l'ensemble.

Quand il est privé de son chariot de cul-de-jatte, qu'il fait avancer, avec ses membres supérieurs, le malade ne progresse que sur les fesses, s'aidant de ses mains et de quelques mouvements du tronc, ou s'arcboutant sur son pied gauche qu'il déplace avec la main. La cuisse et la jambe gauche sont complètement paralysées. Du côté droit, il reste quelques mouvements des adducteurs. La sensibilité des membres inférieurs est très obtuse et complètement abolie aux extrémités.

Au point de vue intellectuel, le malade est extrêmement confus et inconscient de sa situation. Ses réponses, obtenues avec peine, sont à peu près incohérentes, contradictoires ; il ne sait pas où il est, ne cherche pas à le savoir. Tantôt il reste sur son lit, déchirant d'une façon automatique chemise, drap, couverture, tantôt il cherche à quitter son lit sans savoir où il veut aller. Les

Digitized by Google

observations n'ont aucune prise sur lui, il ne les comprend pas, il faut le surveiller de très près.

Revu le 26 octobre, au moment de l'établissement du certificat de quinzaine, il est encore très confus, n'a plus de mémoire, est incapable de donner des renseignements sur ses antécédents, ses réponses sont incohérentes.

Les nuits sont plus mauvaises que la journée. G... déchire ses draps et ses chemises, s'enduit le visage de matières fécales, urine sur le parquet, se met en colère, menace dès qu'on s'oppose à ce qu'il désire.

Il est plus calme pendant le jour et prétend ne plus se rappeler les actes bizarres qu'il commet et dont on lui demande l'explication.

Sous l'influence du régime lacté, cet état s'atténue au début de novembre, et au début de janvier 1902, le malade, tout à fait calme, demande qu'on lui rende son chariot pour aller travailler.

De plus, dans une lettre très sensée il demande son transfert à Nanterre ou dans toute autre maison où il n'aura pas d'escalier à franchir pour aller au travail.

Il a travaillé pendant tout le mois de février suivant le régime alimentaire ordinaire, mais cependant privé de boisson alcoolique.

Dans les premiers jours de mars, le malade a paru de nouveau s'exciter : il a dû quitté l'atelier.

Le 12 mars, 5 mois après son entrée, on lui retire son chariot, on l'alite. Il refuse de s'alimenter toute la journée, et a recommencé la nuit à déchirer ses chemises et ses draps.

Examiné au lit le 13 mars, G... est trouvé le teint terreux, les paupières gonflées et noirâtres, les conjonctives injectées et légèrement jaunes. La langue est saburrale, l'haleine fétide, le foie est gros ; le malade est constipé et ne va à la selle que sous l'influence de lavements; les matières fécales sont très fétides.

Il est plus agité la nuit que le jour; son excitation est automatique et ne correspond pas à une activité intellectuelle exagérée.

L'intelligence, au contraire, est confuse. Il ne cherche pas à expliquer les actes incohérents qu'il a commis. Il se contente de les nier, prétendant en avoir perdu le souvenir. Il déchire ses draps, sa chemise, se barbouille de matières fécales sans chercher à quitter son lit.

Le 15 mars, l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat positif.

Même état jusqu'au 20 mars. L'examen des urines, pratiqué avant toute modification au régime, a révélé une diminution de volume (9 décilitres en 24 h.), une diminution d'excrétion de l'urée (16 gr.) et un coefficient d'oxydation un peu faible (76).

Le 20 mars, le malade est mis au régime lacté absolu et prend 1 gr. de calomel.

L'état d'excitation persiste, avec tout le cortège de signes physiques ci-dessus signalés jusqu'aux premiers jours d'avril. A cette époque, le malade s'excite encore par intervalles et quand il est

Digitized by Google

provoqué par un voisin trop bruyant, mais il ne déchire plus, les périodes de tranquillité s'accentuent; le 10 avril, le malade, très tranquille, est soumis à une alimentation encore surveillée, mais moins rigoureuse.

La deuxième quinzaine de mai a été très bonne, le malade est resté calme dans son lit, ne s'inquiétant que de son transfert qu'il sait proche; les yeux sont moins jaunes, le teint moins terreux, les selles plus régulières et moins fétides.

Le 29 mai, l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat négatif.

Le malade quitte l'Asile de Vaucluse le 31 mai sans nouvel incident. Il a été envoyé à Villejuif.

En résumé, accès d'excitation ayant évolué parallèlement avec un certain degré d'insuffisance hépatique, caractérisé par de la diminution de l'excrétion de l'urée, la fétidité des selles, le mauvais fonctionnement du tube digestif, l'augmentation de volume du foie, la glycosurie alimentaire. Amélioration également parallèle et sous l'influence d'un régime favorable au foie, de l'état général et de l'état mental.

Plus de glycosurie alimentaire au moment de la guérison.

Observation V. — *Délire onirique, dépression mélancolique et confusion mentale, avec insuffisance hépatique (glycosurie alimentaire, urobilinurie). En évolution.* — A....., Pierre-Arthur, 37 ans, est entré le 17 mai 1902, dans un état d'hébétude très accusé après un passage de deux jours à Saint-Anne nous n'avons eu sur ce malade ni par lui-même, ni par les siens, aucun renseignement permettant de résumer son histoire.

A son arrivée dans le service, (18 mai) le malade est apyrétique; sa physionomie exprime la stupeur. Il répond très difficilement aux questions qu'on lui pose, et ses reponses sont le plus souvent monosyllabiques. Il parait être sous l'influence d'impressions terrifiantes. Le facies est stupide, le teint terreux, les pupilles sont égales, les réflexes pupillaires normaux. La parole est lente et rare, l'haleine horriblement fétide. Les réflexes cutanés, sont abolis. Le reflexe patellaire est faible surtout à gauche.

Le malade se plaint de crampes dans les membres inférieurs. Il marche les jambes écartées, difficilement ; asthenie musculaire.

Il existe un tremblement généralisé surtout développé aux membres supérieurs.

Le malade n'est pas allé à la selle depuis son entrée.

Le pouls est lent et faible. Le foie paraît être de volume normal. L'auscultation du cœur et des poumons est négative. Examinées au lit du malade les urines ne contiennent ni sucre ni albumine mais contiennent de l'urobiline.

Au point de vue mental, il existe une confusion extrême. Le malade est plongé dans un état pénible de torpeur auquel on l'arrache difficilement malgré de nombreuses questions. Il semble sortir de ses cauchemars pour les raconter en très peu de mots. Il voit des choses extraordinaires qu'il ne peut nous décrire.

Digitized by Google

Il a été poursuivi par des bandes d'individus qui en voulaient à sa vie ; il dit que sa femme et sa fille sont mortes et qu'on l'accuse de les avoir assassinées.

Il ne sait pas où il est et ne cherche pas à s'en rendre compte.

La notion du temps lui fait également défaut.

Il ne vit que son rêve et reste indifférent à ce qui se passe autour de lui. Cependant en insistant beaucoup on peut le tirer de sa torpeur et obtenir de lui quelques réponses.

Pratiquée au moment de ce premier examen, l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat nettement positif, puis le régime lacté est institué. Du 19 au 25 mai, l'état physique ne subit pas de modifications, même haleine fétide, même langue saburrale, même constipation combattue par le calomel, selles fétides. Mais le malade n'a plus l'immobilité du premier jour il s'agite dans son lit, se lève tout à coup mais sans violence, veut monter se faire couper le cou : « Laissez moi passer, je suis condamné à mort, on m'attend. »

Quelques jours après (29 mai), il retombe dans l'état de torpeur et d'inactivité qui caractérisait la période d'entrée, et depuis cette époque son état est resté sensiblement le même. L'urobilinurie persiste. La glycosurie alimentaire est encore positive. L'examen des urines révèle en outre de la diminution de l'excrétion de l'urée (15 g. en 24 h.) et un coefficient d'oxydation faible (75).

En résumé confusion mentale avec délire onirique, idées mélancoliques, asthénie musculaire évoluant en même temps que de l'insuffisance hépatique caractérisée par les signes suivants : urobilinurie, glycosurie alimentaire, état gastrique, constipation, météorisme, fétédité des selles, diminution de l'excrétion de l'urée.

Observation VI. — *Délire hallucinatoire et confusion mentale chez un sujet atteint d'insuffisance hépatique (urobilinurie, glycosurie alimentaire, etc.)* — B....., (Louis), chauffeur mécanicien, est entré dans le service le 14 juin 1902.

Il est âgé de 55 ans : ses antécédents héréditaires ne nous sont pas connus. Il a perdu sa femme il y a deux ans. Il a eu deux enfants bien portants. Son fils aîné, marié lui-même et chez qui le malade a vécu depuis un an, n'a pu nous donner de renseignements sur le passé de son père. B... a travaillé seul jusqu'à il y a un an.

A cette époque il est venu vivre avec son fils et a travaillé avec lui. Il est sobre depuis lors. Nous ne savons pas s'il en était de même auparavant. Quoiqu'il en soit, il s'est bien porté jusqu'à la fin du mois de mai 1902. Il perdit alors l'appétit et parut inquiet et préoccupé.

Un soir dans les premiers jours de juin, il quitta la maison, et pendant huit jours ses enfants n'en eurent plus de nouvelles. Le malade erra pendant quelques jours puis se jeta dans la Seine au pont de Bercy. Immédiatement repêché, son identité fut établie, et il fut rendu à son fils qui le faisait rechercher. Il ne put rester qu'une semaine parmi les siens. Il essaya de se remettre au travail

Digitized by Google

mais sans succès. Les nuits surtout étaient mauvaises : B... fit plusieurs tentatives de suicide : Il tenta de se pendre, de se couper la gorge avec un rasoir ; il se prétendait poursuivi par la justice et voulait se tuer pour lui échapper ; ses enfants durent provoquer son admission à Sainte-Anne. Examiné à son entrée dans le service (15 juin), le malade est assis sur son lit, le regard fixe, étranger à ce qui se passe autour de lui ; sa physionomie exprime une certaine anxiété. La peau est terreuse et sèche, les pupilles sont égales, les reflexes lumineux sont lents, mais conservés. La langue est saburrale, animée d'un léger tremblement fébrillaire. Les reflexes sont normaux, la sensibilité générale intacte, la force musculaire conservée. Les mains tremblent un peu. Il n'y a ni hyperthermie, ni augmentation du nombre des pulsations. Le foie est petit. L'examen des poumons est négatif. L'auscultation du cœur révèle l'existence d'un souffle diastolique léger au niveau de la région meso-cardiaque.

Les urines sont rouges et ne contiennent ni sucre, ni albumine ; le malade a eu quelques saignements de nez.

Au point de vue mental, c'est au premier abord la confusion qui domine. Les réponses sont incohérentes, lentes, mais courtes. B... ne sait où il est, depuis combien de temps il y est. Mais ce qu'il sait, c'est qu'il va mourir, des voix le lui disent, on va le tuer, Les voix lui ont conseillé de se tuer lui-même. Il a vu la nuit ses enfants morts. Il faut beaucoup insister pour qu'il consente à s'alimenter : « Ce n'est pas la peine que je mange puisque je vais mourir ».

Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle (24 juin), l'état du malade est resté sensiblement le même. Il ne vit que sous l'influence des voix impérieuses qui veulent l'envoyer à la mort. A chaque instant il quitte son lit, « je dois m'en aller. Il faut que je descende pour qu'on m'assomme, mais je ne sais pas où je vais ».

La confusion persiste au point de vue du monde extérieur. Les réponses aux questions les plus usuelles sont toujours incohérentes.

Au point de vue somatique même état saburral du tube digestif avec anorexie, constipation et fétidité des selles.

Pratiquée le 16 juin, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné un résultat positif. Les urines examinées plus complètement le 20 juin, ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais des pigments biliaires normaux (bilirubine) et de l'urobiline.

Le régime lacté absolu est institué.

En résumé, évolution parallèle chez un homme de 55 ans, d'un certain degré d'insuffisance hépatique caractérisée par des troubles digestifs, de l'urobilinurie de la glycosurie alimentaire, et de troubles psychiques : délire hallucinatoire avec confusion mentale.

L'état mental de nos malades présente au premier abord une assez grande diversité. Chez l'un D (obs. II), les hallucinations de l'ouïe sont nettement primitives, comparables aux hallucinations toxiques. L'état mélancolique qu'elles engendrent dispa-

Digitized by Google

rait quand l'insuffisance hépatique ayant cessé elles mêmes ont disparu.

Chez l'autre F (obs. III) ce sont des cauchemars dont le caractère terrifiant commande et domine l'état de confusion mentale.

Chez G (obs. IV) nous ne trouvons pas d'hallucinations mais une confusion mentale avec agitation, désordre dans les actes. J (obs. I) n'a que de la confusion mentale. A et B (obs. V et VI) ont de la confusion mentale avec hallucinations et idées mélancoliques et on ne peut affirmer que les hallucinations soient primitives.

Mais d'une façon générale nous retrouvons les traits saillants que les auteurs s'accordent à reconnaître comme propres aux délire toxiques et infectieux. Confusion mentale, cauchemars, hallucinations, perte de connaissance, agitation motrice et automatique.

Ce sont ces symptômes qui caractérisent le délire de rêve, délire onirique si bien étudié par M. Régis et M. Klippel.

La diversité des symptômes se conçoit facilement si l'on considère la complexité des substances toxiques, retenues dans l'organisme par le fait de l'insuffisance hépatique et les différences individuelles dues aux prédispositions héréditaires ou aux altérations anatomiques acquises du cerveau.

De toute façon, des groupes si vastes des délires auto-toxiques et des délires des dégénérés, il est possible de détacher un certain nombre de cas reconnaissables cliniquement, ayant un étiologie commune (insuffisance hépatique) et nécessitant un traitement spécial et une hygiène particulière.

Comme le fait remarquer M. Cullerre, l'auto-intoxication par insuffisance hépatique survenant chez des prédisposés héréditaires ou d'anciens alcooliques, de même que l'empoisonnement uremique, se traduit par un syndrome pyschopathique banal. A peine quelques symptômes secondaires, (asthénie, somnolence, etc.,) peuvent-ils mettre sur la voie ; mais quand les signes somatiques sont venus confirmer l'hypothèse pathogénique, les indications thérapeutiques que comporte cette hypothèse sont de la plus haute importance, tant au point de vue du traitement du délire que de la santé du malade. Souvent les lésions cellulaires du foie qui provoquent de l'insuffisance hépatique sont réparables ; c'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter ces observations dans lesquelles l'insuffisance hépatique semble jouer un rôle important dans l'étiologie du délire et d'attirer, à nouveau l'attention sur son importance pathogénique et thérapeutique.

Digitized by Google

PSYCHIATRIE

Asile de Villejuif. — Service de M. le Dr Pactet

PARALYSIE GÉNÉRALE ET TRAUMATISME CRANIEN AVEC CORPS ÉTRANGER

Par le Dr GIMBAL

Interne de l'Asile de Villejuif

Les cas de paralysie générale consécutifs à un traumatisme cranien avec corps étranger sont rares. Aussi est-il intéressant de rapporter cette observation.

Ch... Georges, 39 ans, courtier en vins.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte dans un asile, une sœur bien portante. Pas de suicide dans la famille.

Antécédents personnels. — A onze ans, érysipèle. Aucune autre maladie.

A 26 ans, le malade commence son métier de courtier en vins. A 28, il se marie. Il a deux enfants bien portants. Sa femme ne fait pas de fausse couche. Il ne présente aucun signe de syphilis.

A 32 ans, il abandonne sa femme, et part en Algérie avec une maîtresse. Là, il prend l'habitude de boire de l'absinthe, habitude qu'il conserve quand il rentre en France, à 34 ans.

Sa ration quotidienne était de deux litres de vin rouge, un litre de vin blanc le soir au dîner, deux apéritifs, au moins, deux cafés avec rhum. A ce moment, il dormait très mal, avait des cauchemars où il voyait des animaux, des précipices, etc.., ressentait des crampes dans les mollets.

Il était très jaloux de sa maîtresse avec qui il avait de fréquentes et violentes scènes.

Au mois de mars dernier, sa maîtresse fatiguée de cette vie, à la suite d'une scène plus grave, manifeste au malade l'intention qu'elle a de le quitter. Celui-ci, qui avait bu du vulnéraire, se saisit d'un revolver et s'en tire un coup dans la tête. Il tombe, perd connaissance pendant une heure, est transporté à Lariboisière, où une otorrhagie persiste durant deux jours.

A l'hôpital Lariboisière, la température reste normale, on examine le malade aux rayons X; il n'est pas jugé nécessaire de faire la trépanation ni l'extraction de la balle. Il sort de Lariboisière au bout de quinze jours, paraissant rétabli. Il reprend son ancien métier de courtier en vins.

Au bout de trois semaines environ, il n'apporte plus à son travail le même soin qu'auparavant. Allant chez ses clients pour toucher des traites, il oublie d'emporter ces traites. Il ne sait plus ce qu'il fait de son argent. Quand il sort, il oublie toujours quelque chose. Lui demande-t-on la cause de ces oublis, il répond que, pensant toujours à sa maîtresse, il ne peut penser à rien d'autre.

Digitized by Google

Son caractère reste le même. Il est toujours très jaloux. Il écrit des lettres menaçantes à sa maîtresse, puis « comme un fou » vient implorer son pardon. D'ailleurs, il continue à boire comme par le passé.

Malgré ses oublis, ses erreurs, il continue tant bien que mal son métier de courtier en vins. Mais, un jour, croyant rentrer chez lui, il pénètre dans une autre maison que la sienne et comme la concierge ne veut pas le laisser passer, il la bouscule et entre quand même. Celle-ci court chercher deux gardiens de la paix pour qu'ils viennent prendre un cambrioleur. On amène le soi-disant cambrioleur au poste, puis au Dépôt, à Sainte-Anne et enfin à l'Asile de Villejuif le 4 juin.

A l'examen, la physionomie du malade paraît hébétée, sans expression.

Il est facile de fixer l'attention du malade. La mémoire est diminuée. Il a oublié les faits récents et même certains faits anciens. Il ne sait pas pourquoi il est venu ici. Il ne sait pas où il est, ni depuis combien de temps il est arrivé.

Il dit être très riche et posséder des millions qu'il a gagnés en vendant du vin à Rothschild. Fait à noter: dans son délire, cette idée professionnelle revient souvent. Il est propriétaire d'une mine de diamants. Les ballons d'acétylène sont à lui; ils montent très haut et ne se dégonflent jamais. Quand il va en voyage, il a des domestiques qui paient ses dépenses. Il est décoré de la Légion d'honneur ; c'est Loubet qui l'a décoré. Il est colonel d'un régiment de chasseurs en Algérie. Il a une écurie très bien montée et gagne tous les prix dans les courses.

A côté de ce délire, le malade présente de l'embarras de la parole; il accroche très nettement. Ses mains, sa langue, ses lèvres tremblent légèrement.

Les réflexes tendineux (réflexe patellaire, réflexes de l'avant-bras recherchés au niveau des fléchisseurs et des extenseurs) sont très exagérés des deux côtés.

Le réflexe idio-musculaire recherché sur le grand pectoral existe des deux côtés.

La raie vaso-motrice, tracée avec une tête d'épingle sur la poitrine persiste en rouge 1 h. 1/2 des deux côtés (Dermographisme).

Autant que l'état mental du sujet permet de juger, il n'y a pas de troubles de la sensibilité spéciale.

Les pupilles sont très inégales. La droite est deux fois plus grande que la gauche et réagit très mal à la lumière, mal à l'accommodation.

La sensibilité au froid, au chaud, à la douleur est normale des deux côtés; de même, pour le tact.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La force musculaire est diminuée. Au dynamomètre Régnier la main droite, exécutant 5 pressions alternant avec celles de la main gauche, marque successivement 26, 29, 23, 25, 20, tandis que la main gauche, donne 25, 21, 22, 19, 23. La démarche du malade est mal assurée. Il n'y a pas d'incoordination motrice.

Digitized by Google

L'examen de la région pariéto-temporale montre l'endroit où la balle a pénétré dans le crâne. Il existe là une dépression arrondie grande comme une pièce de 50 centimes environ. Si l'on mène une ligne parallèle à l'arcade zygomatique et que l'on élève sur cette ligne, à 2 centimètres 1/2 au devant du tragus, une perpendiculaire de 5 centimètres 1/2, l'extrémité supérieure de cette perpendiculaire répond au point de pénétration. L'extrémité inférieure de la scissure de Rolando est située à 2 centimètres environ au-dessus et en arrière du point traumatisé. Si la balle a pénétré dans la substance cérébrale, c'est la partie inférieure et antérieure de la troisième circonvolution frontale qui est atteinte. En tous cas elle n'a jamais produit de symptômes de localisation.

Cette observation suggère quelques réflexions.

Et d'abord, est-il sûr que la paralysie générale ait succédé au traumatisme? Ce traumatisme, au contraire, n'est-il pas qu'un accident au cours d'une paralysie déjà commencée, dont il n'a fait que précipiter l'allure ?

D'après les renseignements obtenus, il semble bien qu'avant sa tentative de suicide, le malade était alcoolique, mais pas paralytique. De l'alcoolisme il tenait ses cauchemars, ses crampes, sa jalousie qui l'a conduit au suicide. De la paralysie générale il n'avait rien : pas de modification de caractère, pas de diminution de la mémoire, etc....

Et comme la paralysie générale s'est montrée un mois après le traumatisme, on peut dire que le traumatisme a été la cause immédiate de la paralysie générale ; et il est permis de penser que peut-être une intervention chirurgicale, débarrassant le malade de son corps étranger cranien, l'eût préservé de la paralysie générale.

Mais si le traumatisme cranien a été la cause immédiate, il n'a pas été la seule cause déterminante. Notre malade avait encore contre lui l'hérédité et l'alcoolisme.

Or si nous parcourons rapidement les travaux publiés à cet égard, nous constatons que presque toujours, comme dans notre observation, le traumatisme n'est pas seul.

M. Vallon, dans sa thèse, admet qu'en dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise, les traumatismes du crâne peuvent provoquer la paralysie générale Il étudie les cas où le traumatisme survient au cours de la paralysie générale et estime que ce traumatisme peut exercer une heureuse influence sur la maladie.

Julius Mickle, pense que dans la majorité des cas, l'éclosion de la paralysie générale est due à plusieurs influences d'ordre différent. Il rapporte quatre observations et dans une seule, le traumatisme fut la cause déterminante.

Digitized by Google

M. Christian ne doute pas de l'influence du traumatisme cranien sur la production de la paralysie générale et croit même qu'un traumatisme quelconque (fracture du fémur, fracture compliquée de jambe, plaies multiples non craniennes) peut être cause de paralysie générale. Etudiant l'influence du traumatisme sur l'aliénation en général, sur 100 cas d'aliénation consécutifs à un traumatisme, 43 fois il s'est agi de paralysie générale. Il n'indique pas d'une façon précise si le traumatisme était seul en cause.

Œebeke, sur 100 paralytiques généraux incrimine le traumatisme 5 fois Dans 3 cas, le traumatisme coexistait avec l'hérédité, directe et indirecte, le nervosisme, une prédisposition névropathique. Dans les deux autres, le traumatisme était associé à la syphilis

Gudden estime que le traumatisme est rare comme facteur unique de paralysie générale et qu'il faut que l'hérédité ou la syphilis lui soient associées.

Pour MM. Mairet et Vires le traumatisme à lui seul ne peut provoquer la paralysie générale.

Enfin, Beccholm dans sa thèse rapporte 7 observations de paralysie générale consécutives à un traumatisme. Dans 2 cas, le traumatisme était l'unique cause.

En résumé sur les 16 observations, de Julius Mickle, Œebeke, Beccholm et la nôtre, 3 fois seulement le traumatisme semble avoir agi seul; 14 fois il coexistait avec la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité ; ce qui montre encore une fois que la paralysie générale est presque toujours la résultante de plusieurs causes combinées.

VALLON. — *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques.* Thèse de Paris, 1882.

JULIUS MICKLE. — *Journal of mental science*, 1884.

CHRISTIAN. — Recherches sur l'étude de la paralysie générale chez l'homme. *Archives de neurologie*, 1887-1888.

ŒEBEKE. — *Contribution à l'étiologie de la paralysie générale. Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, XLVIII, 6.

GUDDEN. — *Contribution à l'étiologie de la paralysie générale. Archiv. f. Psychiatrie*, XXVI, 2.

MAIRET ET VIRES. — Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (Session de Toulouse 1897).

BECHOLM. — *Maladies mentales d'origine traumatique.* Thèse de Paris, 1896.

Digitized by Google

NOTES & INFORMATIONS

XIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Il s'est tenu cette année à Grenoble du 1er au 7 août sous la présidence de M. Régis.

Les excursions ont varié avec les réunions scientifiques. M. Régis, président et M. Bonnet, secrétaire général, ont dépensé leur activité et leur dévouement à la réussite du Congrès afin de rendre aux congressistes leur séjour agréable et ils ont parfaitement réussi. Nous leur adressons avec nos remerciements toutes nos félicitations. Les promenades dans les montagnes alpestres ont été particulièrement agréables, et principalement la visite si pittoresque du couvent de la grande Chartreuse qui a clos le Congrès.

Le prochain Congrès siègera à Bruxelles sous la présidence de M. le Dr Francotte, de Liège ; le secrétaire général sera M. le Dr Crocq, de Bruxelles. M. Crocq a déjà recueilli un certain nombre d'adhésions parmi les membres du Congrès de Grenoble. Espérons que les adhésions françaises seront nombreuses.

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

1° « Traitement de l'insomnie et de l'agitation dans les maladies mentales » (M. Fresneau rapporteur) ;

2° « Histologie de la paralysie générale » (M. Klippel, rapporteur).

La troisième question sera ultérieurement désignée.

Personnel médical des Asiles. — *Arrêté du 23 août 1902 :* 1° M. le Dr AMELINE, médecin-adjoint à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé à la 2e classe du cadre.

2° M. le Dr JACQUIN, médecin-adjoint à l'Asile public d'aliénés de Bordeaux, est promu à la 1re classe du cadre, à partir du 1er novembre 1902.

ANALYSE DES LIVRES

LES ALIÉNÉS DEVANT LA JUSTICE

(Aliénés méconnus et condamnés [1]*)*

Par les Drs PACTET et COLIN

Malgré les progrès réalisés par l'extension donnée aux expertises médico-légales, les condamnations d'aliénés méconnus sont encore très nombreuses : il y a, en chiffres ronds, une moyenne de cinquante malades qui, tous les ans, sont injustement flétris par une pénalité qui les frappe injustement.

Signaler ces erreurs judiciaires, expliquer comment elles se produisent, indiquer les moyens susceptibles de les empêcher ou au moins les rendre plus rares à l'avenir, tel est le but du travail de MM. Pactet et Colin.

Du cadre de cet ouvrage, pour simplifier le problème, sont exclus de parti pris les fous moraux, les épileptiques, les hystériques, les déséquilibrés à condamnations multiples qui sont sur les fron-

[1] *Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*, Masson éditeur, 176 pages. Prix : 2 fr. 50.

Digitized by Google

tières de la raison et de la folie; seuls sont en cause les aliénés avérés, reconnus tels par tous : paralytiques généraux, persécutés, mélancoliques, obsédés impulsifs.

Ces malades, en effet, commettent souvent des actes délictueux ou même criminels, et bien que ces actes soient la manifestation directe leur trouble mental, ils sont l'unique cause de leur condamination et de leur entrée en prison.

Ce fait paraît étrange; au premier abord, il semblerait que les actes d'un aliéné dussent porter en eux-mêmes leurs caractéristiques propres et se faire connaitre par leur extravagance, la futilité de leurs mobiles; cela n'est vrai quepour un certain nombre dont l'incohérence saute aux yeux de tous; ceux-ci attirent l'attention du magistrat qui demande une expertise. D'autres au contraire sont, en apparence, raisonnés et prémédités et pour dépister le terrain pathologique qui leur a donné naissance, la folie silencieuse qui les a provoqués, les connaissances spéciales du médecin sont indispensables et, le simple bon sens ou même l'intelligence distinguée du magistrat se montre le plus souvent insuffisante.

Dans le premier chapitre de leur ouvrage, les auteurs examinent quels sont les actes délictueux ou criminels le plus souvent commis par les aliénés et quels sont les aliénés qui s'en rendent coupables.

Des vols, des homicides, des actes érotiques, des incendies sont commis par des déments, des délirants, des épileptiques, des obsédés impulsifs, des impulsifs et tous ces actes sont déterminés par des perturbations différentes de l'intelligence intéressantes à étudier et à connaître.

D'autres fois, des aliénés à intelligence faible ou affaiblie peuvent se laisser influencer et commettre des délits à l'instigation d'autres personnes : enfin, certains malades, sous l'influence de dispositions maladives s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis.

L'analyse délicate de ces actes, de leurs caractères, de leurs mobiles, des circonstances dans lesquelles ils sont commis est accompagnée des exemples concrets typiques choisis de la littérature médicale ou parmi les observations personnelles des auteurs,

Après quelques pages consacrées à l'historique dans la question des aliénés inconnus et condamnés, question qui de tout temps a attiré l'attention des médecins spécialistes et à la statistique, les auteurs abordent l'étude des conditions qui permettent à de telles erreurs judiciaires de se produire. Ils réunissent en cinq groupes les circonstances qui président à leur éclosion.

1° Le Tribunal où sont jugés les flagrants délits fournit un contingent élevé de condamnations d'aliénés et cela se conçoit aisément, car il est, paraît-il, fréquent que l'inculpé n'ait pas le temps de prononcer une parole; l'appel de son nom est suivi aussitôt de sa condamnation. Comment des symptômes morbides même importants pourraient-ils être reconnus ?

2° Le juge d'instruction, par suite de son manque de connaissances spéciales, même après avoir interrogé longuement l'inculpé, avoir étudié l'acte incriminé et les circontances dans lequel il s'est

Digitized by Google

produit, ne reconnaît pas la maladie, et parfois même considère comme simulés certains symptômes de démence.

3° Le Tribunal rejette les conclusions du médecin expert.

4° Les magistrats refusent la demande d'expertise.

5° Les experts se trompent et ne reconnaissent pas la maladie.

Dans un troisième chapitre sont réunies un certain nombre d'observations cliniques qui établissent d'une façon indiscutable la réalité de ces erreurs, car dans tous les cas cités, les poursuites judiciaires ont été exercées contre des aliénés dont le délit était la manifestation de leur état pathologique.

L'étude des moyens que les auteurs proposent (examen par un médecin spécialiste de tous les prévenus) pour éviter ces regrettables erreurs judiciaires est exposée dans un second volume : *Les aliénés dans les Prisons.*

A. VIGOUROUX.

LES ALIÉNÉS DANS LES PRISONS

(Aliénés méconnus et condamnés [1]*)*

par F. PACTET et H. COLIN

Ce volume est le complément de l'étude des *aliénés devant la justice :* dans ce premier volume les auteurs ont montré comment des aliénés pouvaient être méconnus par les tribunaux. Condamnés et envoyés en prison, que deviennent-ils ?

Les uns sont assez vite reconnus comme aliénés et rendus après un temps plus ou moins long à l'asile des aliénés, où ils auraient dû être directement placés ; mais d'autres, méconnus par les tribunaux, continuent à être méconnus dans les prisons et autres lieux de détention. Là, ils ne peuvent se soumettre à la discipline, ils troublent le travail régulier des autres et ils encourent les punitions les plus sévères ; leurs anomalies psychiques, leurs idées délirantes, leurs actes bizarres, sont considérés par des gardiens sceptiques par ignorance comme des marques de mauvais vouloir ou des tentatives de simulation.

Comment le médecin de la prison n'intervient-il pas ?

L'organisation du service médical dans les prisons est telle que le médecin des prisons, touchant des indemnités variant de 300 à 1200 fr., ne peut consacrer beaucoup de son temps à l'examen pyscho logique des condamnés, d'autant plus, que le plus souvent, il n'est pas spécialiste. Aussi n'est-on pas surpris de voir telle maison centrale fournir, tous les ans, un certain contingent de détenus aliénés, alors qu'une autre maison d'importance égale n'en fournit pas, et cela, suivant que le service médical est fait par un spécialiste ou un médecin que ses études antérieures n'ont pas préparé à l'examen de l'état mental. C'est ainsi que trois maisons centrales

[1] *Encyclopédie scientifique aide-mémoire* Massont, éditeur, 172 pages. Prix : 2 fr. 50.

Digitized by Google

Beaulieu, Melun, Gaillon, dont le service médical est dirigé par des médecins familiarisés avec l'étude des maladies mentales fournissent 45 0/0 des condamnés aliénés, alors que les 28 autres maisons centrales ne fournissent que 55 0/0.

Il est donc très difficile d'apprécier le nombre des aliénés détenus dans les prisons, mais il est évident que l'infime minorité de aliénés qui peuplent les prisons est envoyée à l'asile spécial de Gaillon, l'immense majorité d'entre eux y sont maintenus et sont considérés comme simulateurs ou irréductibles et traités comme tels.

Les aliénés méconnus proviennent surtout des campagnes ou le délinquant est par mesure d'économie traduit devant les tribunaux, au lieu d'être transféré à l'asile aux frais de sa commune. A Paris et dans les grandes villes ces faits sont beaucoup plus rares. Aussi voit-on à l'asile de Gaillon, qui reçoit les aliénés de toutes les prisons de France, 88 0/0 des malades jugés par les cours de province.

Les colonies pénitentiaires contiennent aussi un grand nombre d'enfants dont la place est à l'asile et que les communes n'ont pas voulu faire interner pour ne pas supporter les frais de séjour à l'asile. Ces enfants imperfectibles, mais accessibles à toutes les suggestions mauvaises, constituent à leur sortie de ces maisons un danger pour la société.

Sur 204 aliénés criminels entrés à Gaillon en 7 ans, 74 auraient évité l'envoi en prison s'ils avaient été soumis à un examen médical.

Dans le second chapitre un grand nombre d'observations viennent confirmer les faits ci-dessus énoncés.

Dans le troisième chapitre sont énumérés les réformes qui sont nécessaires pour faire cesser les erreurs judiciaires.

La première consiste en l'examen médical obligatoire de tous les prévenus ; ce contrôle préventif éviterait d'avoir à redresser des erreurs après la condamnation ; l'examen médical devrait être la première étape de l'instruction de toute affaire délictueuse ou criminelle.

Il est difficile de comprendre les résistances passionnées que cette réforme si simple soulève de la part des magistrats ; car reconnaître la folie, d'un acte incriminé, remonter à son origine pathologique nécessite les connaissances spéciales et les opérations habituelles d'un diagnostic rigoureux, c'est œuvre purement médicale.

Cette réforme est immédiatement réalisable à Paris et dans les grandes villes ; en province, elle pourrait l'être facilement, il suffirait d'exiger des médecins des prisons, certaines connaissances de psychiâtrie.

Une seconde réforme consisterait en la modification de l'expertise proprement dite. Il est de toute nécessité de confier les expertises portant sur l'examen de l'état mental d'un prévenu, aux seuls médecins aliénistes ; leur nombre est assez grand pour que cette mesure ne présente aucune difficulté d'application.

Digitized by Google

Ces deux réformes primordiales auraient pour résultat de diminuer dans une énorme proportion, le nombre des aliénés méconnus et condamnés ; l'examen régulier de l'état mental des détenus éviterait le maintien dans les prisons, d'aliénés dont la place est à l'asile. Le règlement Belge constitue à cet égard un véritable progrès que la France gagnerait à imiter.

Souvent la condamnation imméritée d'aliénés méconnus, plonge, à juste titre, leur famille dans la désolation ; la réhabilitation est possible et M. le docteur Giraud de Rouen, a indiqué qu'il était possible de faire agir le Procureur de la République, celui-ci peut user de son droit d'appel qui est de deux mois au lieu de dix jours accordés aux particuliers.

L'internement pratiqué à temps pourrait empêcher bien des crimes commis par des aliénés ; il est des exemples, où le malade prévient qu'il va commettre un crime, se confie aux autorités, demande qu'on l'arrête et personne ne veut prendre l'initiative de l'internement.

Enfin, quel est le rôle de la Société, devant ces irresponsables dangereux ? Elle doit les traiter, les soigner et aussi s'en préserver en les internant. Aussi la création d'un asile spécial d'aliénés criminels s'impose-t-elle ; en France, le conseil supérieur de l'Assistance publique s'est prononcé en faveur de leur création.

A. VIGOUROUX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives d'Anthropologie Criminelle (1902, nelle série, I, n° 104, 15 août).

Binet-Sanglé. Physio-psychologie des religieuses. 453-477. — **Vaschide (N.) et Vurpas (Cl.)**. Qu'est-ce qu'un dégénéré ? 478-509.

Archives de Neurologie (1902, XIV, 2e série, n° 80, août).

Petit (A.). Note sur un cas de délire épileptique. 121-124. — **Rouby**. L'hystérie de Sainte Thérèse. 125-141.

Archives générales de Médecine (1902, nelle série, VIII, 2e semestre, 190e vol., août).

Touche (R.). Contribution à l'étude des troubles du langage par lésion de ses centres d'arrêt (Logorrhées de Pick) (avec 5 figures). 183-207.

Assistance Familiale (L') (1902, 11e année, 3e série).

Leroux (H.). Traitement des aliénés dans les colonies familiales de France. N° 15, 15 août, 143-146. — **Bonnet (J.)**. L'assistance familiale en Dauphiné. 147-158. — **Mahé (Emile)**. L'assistance familiale aux convalescents des asiles. N° 16, 31 août, 159-163 ; L'assistance familiale aux aliénés hommes. 165-171 ; De l'intervention de la magistrature dans l'internement des aliénés. 173-174.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXV).

Vaschide (N.) et **Rousseau (P.)**. Sur une nouvelle forme de la sensibilité tactile : la trichesthésie. N° 4, 28 juillet, 259-261 (séance du 28 juillet).

Digitized by Google

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Féré (Ch.) et **Mme Jaell (Marie).** Notes sur l'influence de certaines tonalités majeures et mineures sur le travail. N° 27, 1er août, 1.017-1.019; Note sur l'influence sur le travail des tonalités majeures étudiées par séries alternantes. 1.020-1023; Note sur l'influence des accords dissonants sur le travail. 1.023-1.026; Note sur l'influence exercée sur le travail par la succession ascendante ou descendante des séries de sons. 1.027-1.029; Note sur l'influence de l'alternance des rythmes sur le travail. 1.030-1.031; Note sur l'influence de la fatigue sur l'excitabilité par les sons. 1.031-1.032. — **Gellé.** Le réflexe d'accommodation binauriculaire et la surdité nerveuse. 1.039-1.041 (séance du 26 juillet).

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Vaschide (N.) et **Piéron (H.).** L'influence du travail intellectuel sur la température du corps. N° 94, 23 août, 933-943.

Presse Médicale (1902, II).

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (XIIe session, Grenoble 1er août 1902) : **Lalanne (Gaston).** Rapport : Des états anxieux dans les maladies mentales N° 63, 6 août, 750-751.

Revue de Médecine (1902, 22e année, n° 8, 10 août).

Bernheim. De l'élément psychique dans l'hémianesthésie hystérique (avec 4 tracés). 677-686. — **Londe (P.).** De l'angoisse. 704-715. — **Larger (R.)** et **Larger (H.).** Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence. 723-743.

Revue de Philosophie (1902, 2e année, n° 5, 1er août).

De la Grasserie (Raoul). Des phénomènes psychologiques de production et de consommation de la vie de l'esprit. 577-611. — **Vaschide (N.)** et **Vurpas (C.).** L'analyse mentale dans les troubles psychopathiques. 627-642.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Rossolimo. Le réflexe profond du gros orteil. N° 15, 15 août, 723-724.

Revue Philanthropique (1902, XI, n° 64, 10 août).

Drouot (Edouard). De l'état intellectuel du sourd-muet. 436-471.

Revue Scientifique (1902, 2e semestre, 4e série, XVIII).

Sedgwick-Minot (M.-Ch.). La conscience au point de vue biologique. N° 7, 16 août, 193-200.

Semaine Médicale (1902, 22e année).

Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes (douzième session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902 : Des tics en général. N° 32, 6 août, 257-260; Des états anxieux dans les maladies mentales. 260-262.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1902, LIX, Bd. 4 Heft. Juillet).

Kirchhoff. Die Höhenmessung des Kopfes, besonders die Ohrhöhe. 363-389. — **Raecke.** Ueber Hypochondrie. 390-410. — **Nawratzki (E.).** Ueber Ziele und Erfolge der Familienpflege Geisteskranker nebst Vorschlägen für eine Abänderung des bisher in Berlin angewendeten Systems. 411-436. — **Osswald (K.).** Die Tuberculose in den Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der grossherzoglich hessischen und ihre Bekämpfung. 437-480. — **Pobiedin (A.).** Zur Lehre von den acuten hallucinatorischen Psychosen. 481-497. — **Chotzen (F.).** Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose. 498-534.

Digitized by Google

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV Jahrgang, N° 151, 15 Août).

Weygandt (W.). Wilhelm Wundt und seine Psychologie. 497-513. — **Krause (Paul).** Beitrag zur Kenntnis der post-typhösen Muskelerkrankungen. 513-516.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Bd. XII, heft 2, Août).

Kohlbrugge (J.-H.-F.). Das Gehirn von Pteropus edulis. 85-89. — **Ferruccio Schupfer.** Ueber die infantile Herdsklerose mit Betrachtungen über sekundäre Degenerationen bei disseminierter Sklerose. 89-122. — **Breuking (A.).** Zum Aufbau des Kaninchenrückenmarks. I Mitteilung. 123-124. — **Kaes (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 125-151. — **Raecke.** Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 14. und 15. April 1902 in München. 152-156.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Deiters. Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 18, 2 Août, 209-215; Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 19, 9 août, 221-225; Der Stand des Irrenwesens innerhalb des Deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 20, 16 août, 229-233; Der Stand des Irrenwesens innerhalb des Deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. N° 21, 23 Août, 237-244.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science (1902, XLVIII, N° 202, Juillet).

Clouston (T.-S.). Toxaemia in the Etiology of Mental Disease. 434-450. — **Claye Shaw (T.).** The Surgical Treatment of Delusional Insanity based upon its Physiological Study. 450-460. — **Rayner (Henry).** Sleep in Relation to Narcotics in the Treatment of Mental Disease. 460-478. — **Jones (Robert).** Notes on some Cases of Morphinomania. 478-495. — **Weatherly (Lionel).** The Evolution of Delusions in some Cases of Melancholia. 495-501. — **Cowen (T.-P.).** Pupillary Symptoms in the Insane, and their Import. 501-509. — **Macmillan (N.-H.).** The Prophylaxis and Treatment of Asylum Dysentery. 509-525. — **Knud Pontoppidon.** The Psychiatric Wards in the Copenhagen Hospital. 525-529. — **Simpson (Francis-O.).** Calcification of the Pericardium. 529-531. — **Longworth (Stephen-G.).** Haematoma of the Cerebral Dura Mater (Pachymeningitis Interna Hœmorrhagica) associated with Hœmorrhage from the Colon. 531-533.

ITALIE

Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale (1902, XXIII, Fasc. IV-V).

Mariani. La criminalità potenziale e le ossessioni omicide (con una figura nel testo). 345-352. — **Portigliotti (C.).** La pazzia morale in Giovanni delle Bande Nere (con una figura nel testo). 353-371. — **Roncoroni.** La sieroterapia dell' epilessia. 372-384. — **Portigliotti (G.).** Un grande monomane : Fra Girolamo Savonarola (continuazione e fine). 385-404. — **Puglia.** Unioni criminali semplici e responsabilità penale. 405-420. — **Laschi.** Il « reato » di sciopero (continuazione e fine). 420-433.

Il Manicomio (1902, Anno XVIII, N° 2).

Rossi (P.). I suggestionatori e la folla (Del Greco). 310-311. — **Marchesini (G.).** Il dominio dello spirito ossia il problema della personalità e il

Digitized by Google

diritto all' orgoglio (Del Greco). 312. — **Krafft-Ebing**. Médecine légale des aliénés (traduttore A. Rémond) (Del Greco). 313. — **Antonini** (G.). La Pellagra (Galdi). 313-314.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1902, VII, fasc. 7, Juillet).

Camia (M.). Studî sull' anatomia patologica e la patogenesi delle psicosi acute confusionali. 289-334.

LIVRES REÇUS

I. **Les aliénés devant la Justice** (aliénés méconnus et condamnés) par F. PACTET, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et H. COLIN, ancien médecin de l'Asile d'aliénés criminels de Gaillon, Médecin en chef des asiles de la Seine. 1902. 1 vol. petit in-8°, 176 pages; broché, 2 fr. 50, cartonné toile anglaise, 3 fr. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Masson et Cie, Bd Saint-Germain, 120. Gauthier-Villars, quai des Grands-Augustins, 55.

II. **Les aliénés dans les prisons** (aliénés méconnus et condamnés). F. PACTET, ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et H. COLIN, ancien médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon, médecin en chef des asiles de la Seine, 1902. 1 vol. petit in-8°, 172 pages; broché, 2 fr. 50, cartonné toile anglaise, 3 fr. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Masson et Cie, Bd St-Germain, 120. Gauthier-Villars, quai des Grands-Augustins, 55.

Les obsessions et les impulsions, par A. PITRES et E. RÉGIS. 1 volume in-18 de 450 pages, 4 francs (*Bibliothèque de Psychologie expérimentale*). O Doin, éditeur Paris.

Les auteurs qui avaient été chargés en 1897 d'un rapport sur *les Obsessions* au Congrès de médecine international de Moscou étaient particulièrement désignés pour traiter cette question dans la Bibliothèque de Psychologie expérimentale.

Après avoir résumé l'historique de ce syndrome si important et si fréquent et avoir montré sa nature essentiellement émotive, ils étudient successivement dans des chapitres distincts, illustrés de faits personnels choisis parmi les plus typiques et les plus intéressants, les diverses formes cliniques d'états obsédants.

Prenant à titre d'exemple une variété spéciale, ils font ensuite, en un chapitre, l'histoire complète de cette obsession si curieuse de la rougeur ou *éreuthophobie*, qu'ils ont décrite pour la première fois en 1896.

L'étiologie, l'évolution, la place nosographique, le diagnostic et le traitement des obsessions terminent cette étude, en autant de chapitres distincts.

L'ouvrage comprend une seconde partie consacrée aux *Impulsions*. Cette réunion, dans un même volume, de deux syndromes qui, en clinique, s'associent et se suivent si fréquemment, est des plus naturelles et des plus heureuses.

C'est le premier ouvrage qui paraît en France et aussi peut-être à l'étranger sur ces états morbides à la fois si intéressants et si fréquents aujourd'hui : « *les Obsessions et les Impulsions.* » On peut donc dire réellement de lui qu'il comble à la fois en médecine, en psychologie et en médecine légale, une regrettable lacune.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (3-X-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

NATURE ET PATHOGÉNIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr E. Coulon [1]

Médecin de l'Asile de Clermont (Oise)

Si l'on cherche à se faire une opinion sur la pathogénie de la paralysie générale par la lecture des travaux écrits jusqu'à ces dernières années, on est tout d'abord frappé par les divergences des opinions de leurs auteurs et par l'incohérence des résultats de leurs recherches.

La raison de ce défaut d'entente nous paraît facile à découvrir — elle réside dans l'isolement systématique, dans lequel a été tenu jusqu'à ces dernières années l'étude des lésions histologiques du système nerveux.

Il semble cependant que dans l'étude si ardue d'une pathologie où un organe d'une complexité infinie, le névraxe, sert de substratum à une série sans limites de complexus morbides, il doive répugner de circonscrire le problème dans des limites étroites sous prétexte de le serrer de plus près — Ce n'est pas en pathologie nerveuse que de pareils procédés sont possibles. L'axe encéphalo-médullaire n'est pas un organe isolé du reste de l'organisme dont on puisse isolément étudier les lésions. — La pathologie nerveuse est une partie de la pathologie générale avec laquelle elle forme un tout indissoluble et si son étude a donné jusqu'à ces dernières années des résultats aussi peu conformes aux données de cette dernière, c'est que les observateurs se sont confinés dans des études trop partielles, sans se préoccuper de saisir les rapports qui réunissent entre eux tous les processus morbides.

Il ne peut y avoir cependant de raison valable pour séparer l'étude de la paralysie générale de celle des affections similaires et les recherches engagées ces dernières années sur un terrain nouveau paraissent avoir déjà donné des résultats très appréciables.

Cependant, le nombre des opinions divergentes qui ont encore cours nous oblige à revenir en arrière, afin d'envisager la question dans des limites aussi précises que nous le permet

[1] M. le Dr Klippel n'a pas pu — pour des raisons de santé et certaines obligations professionnelles — faire cette année la *Revue critique* annoncée. M. le Dr Coulon, qui a publié des travaux remarqués sur la paralysie générale, a bien voulu se charger de remplacer notre collaborateur et d'écrire à sa place cette Revue critique.

(N. de la R.)

Digitized by Google

le complexus anatomo-pathologique déjà si compliqué de la paralysie générale.

Il est tout d'abord nécessaire de fixer sans équivoque le sens du terme Paralysie générale.

Quelles sont les limites cliniques de la paralysie générale ? Quelles en sont les limites nosologiques ?

Nous répondrons à la première question en admettant avec M. Klippel que la paralysie générale commence et finit là où commence et où finit le syndrome paralytique, quelles que soient d'ailleurs les causes de la maladie.

Au point de vue nosologique cette proposition ne saurait être appliquée au sens étroit du mot, car on voit se dresser immédiatement la question si controversée des pseudo-paralysies générales — dans lesquelles le syndrome paralytique évolue sur un substratum morbide d'un autre genre.

On admet généralement, en effet, que l'alcool, le plomb et, parmi les infections, la syphilis entre autres peuvent donner lieu au complexus symptomatique de la paralysie générale sans en produire les lésions caractéristiques. Nous avons pu admettre, comme l'a montré M. Klippel, que des maladies groupées provisoirement sous le titre d'auto-intoxications comme l'arthritisme, peuvent également donner lieu dans certains cas au même tableau clinique.

« La diathèse arthritique, dit M. Klippel [1], qui produit l'athérome des artères de la base du cerveau, a, en effet, parfois, des localisations des plus diffuses et simultanées sur les capillaires de l'encéphale. Sauf exception, il n'y a aucun foyer de ramollissement, ce qui distingue ces cas de la démence sénile de Marcé. — De plus le tableau clinique de la paralysie générale est présent et il est d'autant plus complet que la maladie évolue avant la vieillesse. »

Dans tous les cas de pseudo-paralysies générales, les constations histologiques permettent d'incriminer des lésions diverses qui sont celles de l'alcoolisme chronique, de la syphilis (syphilis diffuse ou lésions circonscrites), de l'athérome ; mais l'inflammation caractéristique de la paralysie générale avec l'état inflammatoire des lésions dégénératives de la substance grise ne se retrouve pas.

Ces cas doivent donc former un groupe spécial de paralysies générales. — Parfois les malades dont il s'agit n'ont pas toujours présenté pendant leur vie le tableau symptomatique complet de la paralysie générale vraie ; les alcooliques, par exemple, ont pu

[1] KLIPPEL. *De la pseudo paralysie générale arthritique*, Revue de Méd. 1892.

Digitized by Google

avoir de fréquentes rémissions interrompues par le retour momentané du syndrome paralytique sous l'influence de nouveaux excès, les syphilitiques ont pu présenter d'autres lésions concomitantes dues à la syphilis, les arthritiques l'ensemble des signes cliniques qui accompagnent le plus souvent l'athérome à un âge avancé.

La classe des pseudo-paralysies générales établie sur des bases anatomo-pathologiques, histologiques, doit conserver son autonomie. Elle sert de limite à la paralysie générale inflammatoire sur le terrain anatomo-pathologique en ce sens qu'elle oppose à cette dernière des lésions d'un ordre différent — et les nombreuses analogies du tableau clinique ne sauraient nous autoriser à les confondre.

Cette distinction faite, il est juste de dire avec M. Klippel : « La paralysie générale commence et finit où commence et où finit le syndrome paralytique. La paralysie générale se compose, en effet, d'un ensemble de signes particuliers, d'une évolution spéciale, or ces symptômes, d'une marche et d'une durée qui, sans être absolument fixes, ne sauraient différer que dans certaines limites ; elle comprend non seulement des agents pathogènes, mais des agents pathogènes *créant des lésions sur un certain mode et non sur un mode quelconque.* »

Cette proposition nous servira à fixer la paralysie générale à sa place déterminée dans la série nosologique.

Il convient, en effet, de ne pas comprendre sous ce terme les cas de paralysies générales aiguës signalés pour la première fois par Beau, puis par Trélat et Zacher et qu'il est difficile de distinguer de certaines formes de délire aigu, bien que celles-ci évoluent cependant parfois sur un substratum anatomique qui présente le processus intensif de la paralysie générale. La rapidité même d'évolution de la maladie constitue une délimitation peut-être provisoire, il est vrai, mais qui paraît tout au moins nécessaire au point de vue clinique. De même à l'autre bout de l'échelle, par rapport aux cas que M. Klippel a isolés sous le terme de *syndrome paralytique fugace*[1], il existe des cas de paralysies générales qui évoluent avec une telle lenteur, qu'il est difficile de les différencier de certaines démences chroniques, dont il faut bien le dire, les causes ne sont pas moins obscures que celles des délires aigus.

Dans cette série interrompue qui va du délire aigu à la démence chronique et qui s'accompagne plus ou moins complètement des signes propres à la paralysie générale, la clinique

[1] Voir Monographie, page 21. — Les Paralysies générales progressives. Paris. Masson, édit.

Digitized by Google

accorde seulement aux cas intermédiaires le terme de paralysie générale ; délimitation grave de conséquences, dont le clinicien fera son profit, mais qu'il est bon de n'accepter qu'avec la plus grande réserve lorsqu'il s'agit d'aborder le problème pathogénique de la paralysie générale.

Entrons donc dans l'étude de la nature de la paralysie générale par l'étude de sa lésion. Nous nous trouvons en présence de deux théories rivales qui s'ignoraient probablement à l'origine, puisque les travaux de Rokitanski (et plus tard de Magnan) qui affirme sa nature interstitielle et ceux de Meschede qui souligne sa nature essentiellement parenchymateuse, datent de la même époque : théories nées de conceptions différentes de l'essence même du phénomène de l'inflammation.

A la suite des travaux de Wirchow d'une part, les lésions du tissu interstitiel devinrent pour ses adeptes le pivot autour duquel évoluaient la plupart des processus morbides. Les procédés d'investigation technique qui donnaient à certains réactifs et notamment au carmin tout pouvoir, mettaient en relief les lésions du tissu conjonctif et les migrations leucocytaires dans les espaces péri-vasculaires. Il n'en fallait pas davantage pour que la lésion primordiale parût être celle que décélait le réactif alors en usage.

Cependant, dans la suite, les lésions des cellules nerveuses étaient étudiées pour elles-mêmes et prenaient une importance en rapport avec les résultats que donnaient d'autres procédés de technique histologique.

Perfectionnés, ces derniers procédés ont pu permettre en France, à M. Klippel[1] et à M. le Pr Joffroy[2], de soutenir la nature parenchymateuse de la paralysie générale, non pas tant, peut-être, à cause de la prédominance des lésions sur les éléments nerveux, car les lésions du tissu conjonctif et des vaisseaux ne sont pas contestables, qu'à cause de leur importance primordiale dans la détermination primitive du syndrome paralytique.

Et de fait, les deux théories ne sont pas aussi opposées que l'on serait tenté de le croire — « Les principes, disait Pascal, sont en général vrais par ce qu'ils affirment ; faux par ce qu'ils nient. » Il en est peut-être de même de beaucoup de théories — et l'union de deux vérités partielles conduit à une vérité plus complète.

Nous avons donc cru pouvoir tenter une conciliation. Nul doute, disions-nous dans notre thèse (1896), que si quelque auteur y eût songé, il n'eût pu désigner la paralysie générale sous le nom d'encéphalite mixte.

[1] KLIPPEL. *Bull. de la Soc.* anat. 1889.
[2] Congrès des méd. alién. (session de Lyon).

Digitized by Google

Il n'y a pas, en effet, une encéphalite parenchymateuse, une encéphalite mixte, une encéphalite interstitielle nettement séparées, pas plus qu'il n'existe une néphrite parenchymateuse indépendante de la néphrite intertitielle ou de la néphrite mixte. Il y a un cerveau, un foie, un rein qui, suivant leur prédisposition héréditaire, leur prédisposition acquise, les conditions du milieu, les influences pathologiques antérieures, présentent des lésions qui évoluent d'une façon d'autant plus rapide, disons le mot, *d'une façon d'autant plus parenchymateuse*, qu'ils sont plus vulnérables et que l'agent pathogène agit sur eux avec plus d'intensité. Le phénomène morbide c'est la lésion parenchymateuse ; la lésion interstitielle n'est que le processus réactionnel, le phénomène de défense de l'organisme qui commence par la diapédèse et la phagocytose et qui dégénère ensuite en organisation de tissu fibreux, lorsque le tissu parenchymateux a succombé.

Et plus tard[1], revenant sur cette analogie de la paralysie générale avec un certain nombre d'autres affections organiques, nous ajoutions :

« Nous sommes amené à considérer la paralysie générale comme représentant pour les centres nerveux quelque chose d'analogue à ce que sont les hépatites chroniques pour le foie ou les néphrites chroniques pour le rein. Les expressions d'interstitielle et de parenchymateuse, appliquées à l'encéphalite, seraient trop exclusives et nous serions plutôt amené à considérer la maladie comme une maladie chronique des centres nerveux dans laquelle, comme pour le foie et pour le rein, les lésions n'affectent aucune systématisation topographique bien délimitée, quoique dans le plus grand nombre des cas, les cellules de l'écorce soient le plus fortement atteintes. Là, comme dans les affections des autres organes, les altérations de la trame vasculo-conjonctive qui sont en quelque sorte banales, *marcheraient de pair* avec les altérations des cellules nerveuses. Cette interprétation rendrait compte de ce fait qu'il peut y avoir des territoires sains à côté de territoires lésés, et que dans les territoires lésés les altérations vasculo-conjonctives se trouvent à côté des lésions cellulaires. Ces diverses lésions seraient *l'une et l'autre* sous la dépendance des altérants toxiques ou infectieux, et le degré d'énergie de ces altérants lié au degré de prédisposition individuelle, suffirait à expliquer pourquoi, dans les cas récents, les lésions parenchymateuses prédominent, alors que dans les cas anciens où les lésions ont eu le temps de s'organiser, on trouve des lésions de sclérose vasculo-conjonctives très accentuées. »

[1] Congrès des médecins aliénistes (Session d'Angers), p. 90.

Digitized by Google

En d'autres termes, la coexistence des lésions des deux ordres paraît être sous la dépendance *simultanée* d'une même cause, mais de ces deux genres de lésions, l'une, celle du tissu vasculo-conjonctif, est banale et commune aux autres parenchymes, l'autre, celle du tissu nerveux, est essentielle en ce sens que c'est elle qui donne à la paralysie générale sa véritable signification clinique — c'est ainsi, à notre avis, que l'on doit comprendre la théorie dite parenchymateuse de la paralysie générale.

Fixés autant qu'on peut l'être sur la lésion de la paralysie générale, lésion dont on étudiera les caractères histologiques dans les travaux récents auxquels nous ne pouvons que renvoyer[1], nous devons aborder maintenant le problème de sa nature. La lecture des travaux concernant l'étiologie de la paralysie générale mène vite à cette conclusion qu'il est impossible de se faire une opinion sur l'importance relative des divers facteurs incriminés. Les résultats fournis par les statistiques contiennent des divergences déconcertantes. Nous avons, après d'autres, consigné ces résultats dans des travaux antérieurs[2] et nous avons pu montrer qu'aucun des facteurs ordinairement incriminés dans l'étiologie de la paralysie générale, l'alcool, la syphilis, pour ne citer que les plus fréquents, ne pouvaient, en aucun cas, avoir la valeur d'une cause réelle, puisqu'ils n'étaient pas constants. Suivant la fréquence de l'alcoolisme ou de la syphilis dans telle ou telle région, suivant l'assiduité d'un observateur à rechercher tel ou tel facteur, suivant même l'influence plus que néfaste des opinions du jour, on arrive à des pourcentages qui varient dans des proportions invraisemblables. Pour la syphilis, par exemple, tandis que Mildner ne la retrouve que dans 0,12 pour cent des cas dans les antécédents des paralytiques, M. Régis la rencontre 94 fois.

Fonder une opinion sur de pareils désaccords est impossible.

Nous serons tout aussi sceptique au sujet de la théorie de la multiplicité causale de la paralysie générale.

Comment, en effet, concevoir à une même maladie plusieurs causes tout aussi inconstantes l'une que l'autre ? la triple formule étiologique (Abecke) qui accorde à l'association de l'hérédité, de l'alcool, de la syphilis, la valeur d'une cause réelle ne repose sur aucune base scientifique et ne mérite d'être citée que pour en préserver les chercheurs à venir.

[1] KLIPPEL. *Arch. de Méd. expérim.*, 1891. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, 1889. — *Revue de Psychiatrie*, 1890.

[2] COULON. Thèse de Paris, 1896. — Considérations sur la nature de la Paralysie générale et *Mémoire pour le prix Aubanel* à la Soc. Méd.-Psych., 1900.

Digitized by Google

Parmi les facteurs incriminés jusqu'à ces dernières années, il n'est guère que la syphilis dont la valeur mérite d'être discutée.

Une chose frappe tout d'abord lorsqu'on analyse les travaux concernant le rôle de la syphilis. D'une façon générale, ce sont plutôt les médecins qui ont l'habitude de voir des syphilitiques qui sont partisans de la nature syphilitique de la paralysie générale alors que les aliénistes qui voient beaucoup plus de paralytiques généraux ne paraissent pas disposés à admettre la relation de cause à effet.

M. le Professeur Fournier [1], tout en admettant le syndrome clinique dans la pseudo-paralysie générale syphilitique, croit à la nature syphilitique de la paralysie générale dans 50 à 90 0/0 des cas. Toutefois, cette paralysie générale syphilitique procèderait de la syphilis d'une autre manière que la gomme. M. Fournier la range au nombre des affections parasyphilitiques. Il laisse toutefois aux aliénistes le soin de dire si la paralysie générale vraie qui dépend de la syphilis diffère par quelques caractères spéciaux de la paralysie générale indépendante de la syphilis. Il semble, écrivions-nous [2], qu'aujourd'hui la question ait changé de face.

Nous savons à quels cas le terme de pseudo-paralysie générale syphilitique doit s'appliquer. Ce que M. le Professeur Fournier et nombre d'auteurs à sa suite considèrent comme une paralysie générale vraie dépendant de la syphilis paraît de plus en plus devoir rentrer dans le cadre de la paralysie générale vraie avec antécédents syphilitiques (forme associée de M. Klippel). Les caractères anatomo-pathologiques s'en distinguent de plus en plus de ceux de la syphilis cérébrale proprement dite.

Ce que nous devons nous demander aujourd'hui, c'est si la paralysie générale vraie qui succède à la syphilis procède bien de la syphilis ou est due à une autre cause. Charcot et M. le Professeur Joffroy se sont énergiquement élevés contre la théorie qui fait jouer à la syphilis un rôle de cause à effet dans la genèse de la paralysie générale. « Il n'y a pas, dit M. Joffroy, de paralysie générale *de nature* syphilitique, mais seulement *d'origine* syphilitique. »

Il existe, d'ailleurs, des différences très tranchées entre les lésions de la syphilis nerveuse et celles de la paralysie générale. — Ce qui a pu faire croire à une relation étroite entre ces deux sortes d'affections, ce sont, en outre du caractère inflammatoire commun, les formes de transition nombreuses, dans lesquelles certaines lésions syphilitiques coïncident chez le même individu

[1] *Ann. Méd.-Psychol.*, 1896, I, p. 124.
[2] COULON. *Mémoire pour le prix Aubanel*, 1900.

Digitized by Google

avec des lésions de paralysie générale, formes diffuses de la syphilis, à délimitations peu marquées, difficiles à distinguer des lésions vasculo-conjonctives qui accompagnent les lésions parenchymateuses de la paralysie générale. »

En effet, dans ces cas, l'erreur d'interprétation paraît avoir eu la même cause que celle que nous avons indiquée au sujet du rôle de l'alcool[1].

La paralysie générale étant considérée par certains auteurs comme une encéphalite interstitielle diffuse, et d'autre part l'acoolisme dans l'une de ses formes paraissant aboutir au même résultat de sclérose interstitielle diffuse, il était naturel d'établir une relation étiologique très étroite entre les deux maladies (Magnan, Garnier, Vallon).

De même pour la syphilis. — « Tant que l'on méconnaissait l'importance des lésions des cellules nerveuses, la lésion de la paralysie générale était considérée comme « une encéphalite vasculaire diffuse » (auteurs allemands, Raymond), et il devenait naturel de la rapporter à une cause qui, comme la syphilis, produit en grande fréquence des lésions vasculaires analogues. Aussi ces auteurs ont-ils pu, en présence de ces intermédiaires très nombreux qui existent entre les deux maladies, conclure à une relation de cause à effet.

Cependant les différences anatomo-pathologiques, aujourd'hui mieux connues, permettent d'établir une distinction que vient étayer l'observation clinique.

Les observations de Kiernan[2], par exemple, qui relatent dix cas de syphilis contractée par des paralytiques généraux et le cas analogue signalé par Lagrange[3]. Kraft-Ebbing[4] a également rapporté au Congrès de Moscou les expérimentations d'un médecin viennois qui aurait vu apparaître la syphilis sur trois paralytiques généraux — le mystère entoure, il est vrai, cette dernière communication : il commence avec l'anonymat de l'expérimentateur et continue avec la rétractation des résultats primitivement annoncés.

Mais les cas précédeuts permettent de conclure. Si même on voulait soutenir qu'il s'agit, dans ces cas, de réinfection syphilitique, on serait obligé d'admettre que la paralysie générale s'est développée dans un organisme guéri de la syphilis, ce qui serait une preuve de plus en faveur de la différence de nature.

Les autres arguments fournis par les partisans de la nature

[1] *Rapport pour le prix Aubanel*, p. 24.
[2] Kiernan. *The alienist and neurologist*, janvier 1893.
[3] Lagrange de Poitiers. *Revue neurologique*, 1895, p. 515.
[4] Kraft-Ebbing. Congrès international de médecine (Session de Moscou). *Ann. medico-psych.*, 1897, II, p. 359.

Digitized by Google

syphilitique de la paralysie générale n'ont pas une valeur plus décisive. Sa marche géographique, en apparence parallèle à celle de la syphilis, n'implique pas une identité de nature; la syphilis se propage parallèlement à la civilisation qui apporte également avec elle les facteurs propres au développement de la paralysie générale.

L'argument tiré de la grande fréquence de la syphilis dans les antécédents héréditaires des paralysies générales juvéniles (Régis) n'a pas une plus grande importance, car dans ces cas, quelque précoce qu'ait été l'éclosion de la paralysie générale, elle constitue quelque chose de surajouté à la syphilis héréditaire, et ne saurait s'opposer à l'hypothèse de l'action provocatrice d'une cause d'un autre ordre.

On peut en dire autant des cas de paralysie générale survenue chez des conjoints également syphilitiques.

Enfin, un nouvel argument contraire à la théorie est tiré de l'efficacité du traitement spécifique de la syphilis chez les pseudo-paralytiques alors que celui-ci est sans action sur les vrais paralytiques généraux.

Il semble donc que la question puisse se résumer en ces termes : Chez certains malades, la syphilis s'accompagne du syndrome paralytique sans s'accompagner des lésions propres à la paralysie générale (pseudo-paralytiques généraux syphilitiques).

Chez d'autres, il y a une association des lésions de la syphilis et de la paralysie générale (forme associée de Klippel). Chez d'autres enfin, la paralysie générale vraie compte la syphilis au nombre de ses antécédents, mais évolue d'une façon indépendante sans que l'on trouve trace des lésions de syphilis cérébrale (affection parasyphilitique de Fournier).

N'y a-t-il entre ces divers groupes qu'une différence de degré due, comme le pense M. Régis[1], à l'élimination plus ou moins grande du poison qui ferait que certains malades présenteraient seulement des états se rapprochant de la paralysie générale alors que d'autres verseraient complètement dans la maladie? Cette élimination plus ou moins facile du poison peut à la rigueur constituer une délimitation clinique, mais ne saurait avoir, au point de vue anatomo-pathologique la valeur d'un caractère différentiel. L'étude des lésions permet d'établir une distinction bien plus positive.

Mais quoi qu'il faille penser de la valeur étiologique de la syphilis, il existe un certain nombre de cas — et un seul cas bien positif suffirait — dans lesquels la syphilis ne se retrouve pas dans

[1] BANNISTER. *Journal of nerv. and ment. dis.*, 1891.

Digitized by Google

les antécédents des paralytiques et, à moins que l'on ne veuille admettre l'ingénieuse façon dont Bannister[1] tourne la difficulté en disant que ce sont ces cas là qui constituent les pseudo-paralysies générales — on est forcément obligé de rechercher la véritable cause de la paralysie générale ailleurs que dans la syphilis.

Avant d'aborder l'étude des facteurs d'influence directe, c'est-à-dire des infections, il convient de dire un mot du rôle de l'hérédité.

L'hérédité n'est pas à proprement parler un facteur étiologique. Dire d'un sujet qu'il est héréditairement taré, signifie simplement que ses tares sont héréditaires, mais ne préjuge en rien de la nature de ses tares.

Le terme d'hérédité nerveuse qui a été, en ce qui concerne la paralysie générale fréquemment employé, spécifie il est vrai, dans certaines limites cette nature mais d'une façon trop vague. Les transformations de l'hérédité constituent des modalités dont le mécanisme échappe et d'ailleurs la rareté même de l'hérédité similaire indique bien que si l'hérédité joue un rôle dans la genèse de la paralysie générale, ce rôle, quelque important qu'il puisse être, n'est que secondaire au point de vue qui nous occupe, puisqu'il n'est pas dans la pathologie entière de maladie dans la genèse de laquelle il ne puisse être invoqué à un degré quelconque. Dire avec Wilson « on ne devient pas, on naît paralytique général » n'exprime qu'une fraction très restreinte de la réalité, car on peut concevoir que dans une même famille de névropathes un certain nombre de sujets procédant de la même hérédité nerveuse soient au même titre désignés pour la paralysie générale, alors que c'est le petit nombre et souvent un seul qui subit les atteintes de la maladie.

Les autres pouvant présenter à des degrés divers, des affections de la même famille, l'hérédité semble s'être transformée.

Le mécanisme de ces transformations de l'hérédité, quelque obscur qu'il paraisse, n'est toutefois pas impénétrable. Si d'une façon générale beaucoup d'héréditaires sont sensibles non seulement aux causes mêmes qui ont débilité leurs parents, mais à une foule d'autres, c'est à cause de l'infériorité vitale imprimée par les agents morbides à la *totalité* de leurs éléments cellulaires.

L'alcoolique par exemple, transmet à ses descendants des cellules et des tissus incapables de se défendre contre l'intoxication alcoolique, mais si l'intoxication alcoolique fait défaut chez le descendant, s'il est sobre, son organisme n'en restera

[1] Congrès des aliénistes, session de Toulouse, 1897.

Digitized by Google

pas moins débilité vis-à-vis des autres causes morbigènes — et c'est ainsi que sous l'influence de causes adjuvantes diverses, les intoxications et les infections trouveront chez lui un terrain tout préparé pour exercer leurs ravages. Ce que l'on est convenu d'appeler hérédité nerveuse, constitue donc bien plus un ensemble de conditions qu'un facteur étiologique, conditions nécessaires comme l'ont montré Charcot et M. le Pr Joffroy, mais insuffisantes par elles-mêmes puisque parmi les sujets qui nous paraissent la présenter au degré le plus accentué, un petit nombre seulement deviennent paralytiques généraux.

Il y a quelque chose de plus chez un paralytique que l'action de la prédisposition héréditaire accrue de l'action, quelque énergique qu'elle soit, des facteurs que nous avons énumérés.

Le rôle des infections jusqu'ici peu étudié, ouvre une phase nouvelle aux conceptions pathologiques de la maladie.

Mais ce ne sont pas toutes les infections indistinctement qui ont été retrouvées au seuil de la paralysie générale qui peuvent être également incriminées.

Nous devons éliminer d'abord, comme nous l'avons fait pour les intoxications et comme pour la syphilis, les cas où certaines maladies infectieuses, dans leurs formes nerveuses et psychiques, revêtent le tableau symptomatique de la paralysie générale. Ces faits aujourd'hui bien connus pour ce qui concerne certaines formes de fièvre typhoïde, ou certaines infections caractérisées cliniquement par l'aspect du délire aigu, ont pu en imposer aux premiers observateurs, et les difficultés de l'examen rétrospectif de leurs observations ne permettent pas de savoir en présence de quelles infections ils se trouvaient.

Dans beaucoup des cas décrits, il ne s'agit probablement que d'infections s'accompagnant de quelques éléments du syndrôme paralytique. (Chéron, 1866, *fièvre thyphoïde*. Régis, *influenza*. Rasori, Bianchi et Piccino, *délire aigu*. Delasiauve, *choléra*. Foville, *variole*. Cullerre, *blennorrhagie*, etc....)

Quoi qu'il en soit, en éliminant ces cas douteux, c'est-à-dire ceux qui ne se rapportent pas à la paralysie générale vraie, il reste encore un certain nombre d'observations où une infection aigüe a précédé de peu l'éclosion de la paralysie générale.

Certains auteurs croient que l'on peut admettre une relation de cause à effet, d'autres se bornent à constater la concomitance sans conclure. D'autres enfin pensent que la maladie infectieuse se borne à faire apparaitre une paralysie générale jusque là latente.

Nous avons vu par exemple, la relation de cause à effet affirmée par certains auteurs pour la syphilis et nous avons donné

Digitized by Google

les raisons qui nous faisaient écarter cette opinion. Des raisons analogues peuvent être invoquées relativement au rôle de certaines autres maladies infectieuses dont l'élément pathogène est sinon connu, tout au moins prévu d'avance.

Le « post hoc ergo propter hoc » est d'autant moins admissible ici, que nous voyons les affections les plus diverses (érisypèle — variole — influenza — infection puerpérale — tuberculose) précéder l'apparition de la paralysie générale.

Ce n'est pas à des causes aussi hétérogènes que l'on doit rapporter l'encéphalite qui présente toujours les mêmes caractères.

L'opinion la plus admissible est que ces infections jouent simplement le rôle de cause occasionnelle au même titre que les facteurs que nous avons étudiés plus haut, et dans la genèse de la paralysie générale on peut leur supposer un rôle analogue à celui qu'elles ont dans la genèse des affections aigües ou chroniques des autres parenchymes.

Dans nombre d'affections organiques en effet, l'état inflammatoire sert de pivot à l'évolution des lésions.

Au début ce sont généralement les troubles fonctionnels qui dominent la scène[1]. Ils coïncident généralement avec la congestion. — C'est ainsi que dans les premières phases de la cirrhose hypertrophique l'hyperactivité fonctionnelle correspond à un stade d'hyperplasie cellulaire qui s'accompagne de polycholie, que dans les premiers temps de la néphrite parenchymateuse, la polyurie traduit le fonctionnement exagéré du parenchyme rénal qui évolue vers le type du gros rein blanc granuleux. — Dans la période prodomique de la paralysie générale également, les troubles fonctionnels peuvent seuls occuper la scène (période de dynamie fonctionnelle).

Mais ce fonctionnement exagéré de l'élément correspond déjà au début des lésions et se manifeste d'une façon plus ou moins intense dans la sphère intellectuelle, dans la sphère psycho-sensorielle ou dans la sphère psycho-motrice suivant que l'incitation initiale intéresse telle ou telle portion des centres gris.

Une analogie d'évolution entre la plupart des affections parenchymateuses permet de concevoir tout au moins des analogies correspondantes dans le mécanisme pathogénique. Or il est fréquent de voir ces affections succéder à des infections (néphrite scarlaniteuse-cirrhose hypertrophique) et au cours desquelles elles peuvent apparaitre comme un phénomène surajouté mais non fatalement nécessaire.

[1] Voir COULON, thèse de Paris, p. 72.

Digitized by Google

En ce qui concerne la paralysie générale, M. Klippel[1] a émis une opinion à laquelle on ne parait pas avoir accordé l'importance qu'elle mérite.

« Peut-être, dit il, à propos des lésions des alcooliques devenus paralytiques généraux, cette méningo-encéphalite qui vient se greffer sur un cerveau d'alcoolique est-elle une infection secondaire, mais évoluant à l'encontre du delirium tremens sous la forme chronique ? Ce que nous pouvons affirmer c'est que l'examen bactériologique nous a démontré dans l'exsudat méningé la présence de microbes banals, particulièrement le diplocoque lancéolé avec capsule colorable, et l'ensemble des caractères qui le distinguent. Ces recherches demanderaient d'ailleurs à être poursuivies dans un grand nombre de cas. »

Depuis il s'est efforcé de montrer dans un grand nombre de mémoires que la paralysie générale vient, à l'image des infections secondaires, se greffer sur un cerveau plus ou moins débilité par les substances toxiques, ou même par des maladies infectieuses telles que celles que nous avons signalées plus haut, y compris la syphilis.

La présence d'un élément pathogène dans l'exsudat méningé est de nature à donner un sérieux appui à cette manière de voir. Cependant nous devons faire remarquer ici, comme nous l'avons déjà fait précédemment[2], qu'il est difficile dans ces cas de différencier parmi ces éléments retrouvés dans les méninges ceux qui peuvent être la cause réelle de la maladie d'avec ceux qui sont la cause d'infections secondaires qui compliquent assez souvent la paralysie générale pendant la période de cachexie. — Des recherches bactériologiques bien conduites permettront seules de trancher cette délicate question qui est commune à bien d'autres maladies infectieuses dans lesquelles le polymicrobisme est pour ainsi dire la règle.

Cette dualité, ou plutôt cette multiplicité d'actions adultérantes successives sur un même cerveau se décèle à l'examen histologique par des lésions propres à chacune de leurs causes et les lésions propres à la paralysie générale, bien que pouvant coïncider avec des lésions d'ordre différent, conservent leur caractère particulier.

C'est ce que fait remarquer M. Klippel dans sa remarquable monographie sur les paralysies générales[3] qui est à méditer en entier.

« Très souvent, dit-il, la paralysie générale est une maladie

[1] Congrès des aliénistes (session de 1893).
[2] V. Coulon, Thèse, ouv. cité.
[3] Klippel. Les *Paralysies générales progressives* (monographies cliniques n° 11), 1898.

Digitized by Google

greffée sur un cerveau qui, au préalable avait été silencieusement ou manifestement altéré.

« Les deux ordres de lésions doivent servir isolément d'abord de base à l'étiologie et à la pathogénie.

« On connaît l'origine des premières qui sont fondamentales et fournissent un contingent étiologique certain.

« Les autres caractérisées par la diapédèse sont la marque d'un processus surajouté. Son origine paraît infectieuse ou mieux auto-infectieuse.

« La présence de microbes pathogènes et surtout du pneumocoque que nous avons constaté dans le liquide céphalo rachidien[1], ce vaste milieu lymphatique, est une présomption en faveur de la nature auto-infectieuse de cette inflammation. »

De fortes présomptions viennent encore s'ajouter à la démonstration de cette doctrine : l'une d'elles est l'existence du mouvement fébrile qui accompagne les dernières périodes de la maladie, comme dans la plupart des maladie inflammatoires.

Bien que le désaccord règne entre les auteurs[2] la constance de ce mouvement fébrile n'est pas à mettre en doute. (Voisin. Magnan. Klippel).

Il sert de trait d'union entre la paralysie générale et les maladies inflammatoires aiguës de l'axe cérébro-spinal, il sert encore de trait d'union entre les inflammations de névraxe et celles des autres parenchymes.

L'étude de ces relations mérite encore d'être poursuivie sur le terrain anatomo-clinique, car s'il est des analogies incontestables, il existe aussi des différences que le degré élevé des différenciations cellulaires du névraxe imprime à la série de ses inflammations[3].

Tandis qu'en effet, dans le foie comme dans le rein la gravité de la suppression fonctionnelle de l'organe ne semble liée qu'au degré d'étendue et à l'avancement des lésions et paraît marcher parallèlement à celle-ci, il en est tout autrement pour le système cérébro-spinal qui tient sous sa dépendance la vie de tous les autres organes. Si ce sont les déterminations médullaires qui prédominent, la symptomatologie sera tout autre que si c'est le cerveau qui est primitivement le plus atteint. Dans les centres psychiques ou psychomoteurs, c'est encore la topographie des lésions qui rend compte des nombreuses formes symptomatiques de la maladie et de la gravité du pronostic.

[1] KLIPPEL. — *Des infections microbiennes dans les maladies mentales (Annales...)* du 17 décembre 1891.
[2] Voir COULON, Thèse citée, p. 82.
[3] Voir COULON, Thèse citée, 1896, p. 29 et 84 et Rapport pour le prix Aubanel, 1900.

Digitized by Google

L'envahissement des centres bulbaires paraît avoir des conséquences des plus funestes.

On peut déjà concevoir de par là localisation de l'agent infectieux sur telle ou telle portion du territoire, les innombrables formes cliniques que peut revêtir la paralysie générale.

C'est ce qui explique pourquoi chaque cas peut avoir un tableau clinique différent du voisin, pourquoi la date d'apparition des symptômes n'est soumise à aucune règle, pourquoi leur degré d'intensité est essentiellement variable avec les sujets.

Cette irrégularité dans l'apparition des symptômes, la prédominance des uns par rapport aux autres, et dans quelques cas l'absence presque totale de certains d'entre eux nous permettent de concevoir une certaine irrégularité dans la marche des lésions qui peut s'expliquer par le mécanisme de l'envahissement successif du territoire cérébro-spinal.

Ainsi s'expliquent les étapes successives et diverses du tableau clinique ; ainsi s'expliquent certaines formes de la maladie, dans lesquelles les symptômes tabétiformes ouvrent la scène, les formes psychiques dans lesquelles au début prédominent les phénomènes délirants, puis démentiels : les formes qui, au contraire traduisent l'excitation primitive des zones psycho-motrices (formes maniaques) etc.

L'étude des localisations cérébrales nous permet aujourd'hui de nous rendre compte de la diversité de ces cas anatomo-cliniques.

Le mécanisme de l'apparition de la mort à des époques différentes peut également s'expliquer tout naturellement par la prédominance des lésions sur tel ou tel point du territoire cérébro-spinal le plus nécessaire aux fonctions vitales.

Si la théorie d'infection secondaire locale nous permet de comprendre la variabilité des symptômes par la dissémination topographique des lésions, elle nous permet également de nous rendre compte des diverses évolutions de la maladie.

M. Klippel [1] a groupé ces formes sous quatre modalités différentes :

« 1° La forme commune, au cours de laquelle on voit se dérouler dans un ordre régulier et presque cyclique les symptômes des trois périodes.

2° La forme rapide qui évolue en quelque mois. — Le délire peut tenir ici une place importante, mais il est encore possible de reconnaître chez le malade un ensemble de signes qui appartiennent aux formes habituelles et qui permettent de le rapprocher des cas typiques.

Il ne s'agit donc pas ici de la forme aiguë et même suraiguë de certains auteurs.

[1] KLIPPEL. — Monographie citée.

Digitized by Google

3° Dans la forme à rémission on observe un ou plusieurs stades pendant lesquels la maladie ne fait plus de progrès et même s'amende plus ou moins.

La rémission apparaît le plus souvent et de beaucoup avant la fin de la première période. Elle est déjà plus rare à la seconde ; elle est exceptionnelle à la troisième.

4° Dans les formes prolongées ou frustes, la maladie qui évolue avec lenteur, peut être marquée en son cours par des intervalles d'acuité, en particulier en ce qui concerne le délire. Il est aussi des formes démentes à longues évolutions. »

Ces différentes formes nous permettent d'envisager les facteurs de gravité de la maladie.

Dans le cerveau, comme dans tout autre organe, qui a été mis en état d'infériorité vitale par l'adultération préalable de facteurs étiologiques divers, la gravité d'une maladie quelconque surajoutée est généralement en raison directe des lésions des éléments nobles.

Il en est ainsi des inflammations des grands parenchymes, il en est ainsi de la paralysie générale.

Dans les formes légères, c'est-à-dire dans celles où les éléments nobles ont peu souffert, d'accord avec certains auteurs nous croyons la guérison possible, mais pas une guérison radicale absolue.

Le retour complet ad integrum est irréalisable, mais on peut concevoir que sous l'influence du repos, de l'hygiène, d'un genre de vie plus sobre, d'une alimentation appropriée, les phénomènes inflammatoires s'amendent, s'arrêtent même dans leur évolution comme il arrive dans nombre de maladies infectieuses.

La guérison n'est que relative ; c'est, si l'on veut, un arrêt dans l'évolution morbide qui se trouve pour ainsi dire fixée dans une de ses étapes par une période de rémission. Une différence de degré simplement sépare cette apparence de guérison parfois durable mais toujours fragile, de la rémission proprement dite qui sera suivie plus tard d'une nouvelle atteinte de la maladie.

Cet arrêt momentané ou permanent dans l'évolution des lésions permet de concevoir un fonctionnement à peu près normal de tout ce qui, dans les centres nerveux est resté valide, de même qu'un fonctionnement de suppléance de la part d'autres centres restés en bon état.

La durée de ce stade d'arrêt est absolument subordonnée au retour d'une attaque nouvelle d'infection qui pourra précipiter le dénouement de la maladie. *La paralysie générale présente dans son évolution les mêmes défaillances partielles et successives que les inflammations chroniques qui succèdent aux grandes infections.*

Digitized by Google

A côté des formes légères, il y a des formes graves, celles dans lesquelles, l'état de réceptivité étant à son degré le plus élevé, l'infection secondaire trouve un terrain tout préparé pour exercer ses ravages.

Il est possible que dans ces cas vienne s'ajouter en outre, un nouveau facteur, la puissance névrosique de la toxine, car, comme nous l'avons déjà fait remarquer, s'il existe du côté de l'organisme une échelle de la réceptivité, il existe du côté de l'élément pathogène une échelle de la virulence.

Ceci nous amène tout naturellement à une question connexe.

Il est permis en effet de se demander si les microbes banals capables de produire des infections secondaires tous doivent être au même titre incriminés.

Cela est fort peu vraisemblable à en juger par les aspects divers que prennent les infections dans les centres nerveux. Celles-ci évoluent en effet souvent sous la forme méningitique ou sous la forme plus ou moins localisée d'abcès du cerveau, ou sous la forme d'encéphalites inflammatoires.

Pourquoi n'évoluent-elles pas toujours sous le type de la paralysie générale ?

Il semble que dans cette délicate question, nous soyons autorisé à hasarder une hypothèse [1] :

Les faits démontrent à n'en pas douter que certaines substances toxiques (morphine, curare) ont une affinité élective non seulement pour les cellules nerveuses en général, mais pour certaines cellules nerveuses bien déterminées.

Parmi les agents infectieux il en est dont la toxine jouit de propriétés électives analogues — la toxine tétanique, pour ne citer qu'un exemple.

Nous avons rappelé dans notre rapport au Congrès d'Angers combien de faits de ce genre peuvent avoir d'influence sur les déterminations morbides

Serait-il prématuré d'admettre que si les infections banales ne provoquent pas toujours dans les centres nerveux, même sur des cerveaux en état de réceptivité, le processus de la paralysie générale, lorsque celle-ci se développe, un nouvel élément est venu s'ajouter à ceux que nous connaissons déjà, l'affinité élective de l'élément pathogène ou de sa toxine pour telles ou telles cellules du névraxe ?

On prévoit déjà l'explication possible de phénomènes jusqu'ici incompréhensibles.

Dans la diversité des formes que revêt l'inflammation dans les centres nerveux, les rapports étroits qui unissent la paralysie

[1] COULON, *Mémoire pour le prix Aubanel*, 1900.

Digitized by Google

générale, le tabes, la neurasthénie, triade clinique qui marque des étapes différentes de déterminations différentes sur l'axe encéphalo-médullaire et sur les ganglions rachidiens d'une infection qui paraît ne pouvoir encore être différenciée autrement que par ses effets.

C'est là, nous n'hésitons pas à le dire, que réside l'unique intérêt de la question ; c'est par l'étude méthodique des lésions histologiques des neurones, des ganglions rachidiens et du grand sympathique, du cerveau, du cervelet, de cornes médullaires, lésions qui sont sous la dépendance de toxines déterminées, que le problème, si controversé, de la nature de la paralysie générale, des tabes, de la neurasthénie, aura chance de recevoir un jour une solution définitive.

FAITS ET OPINIONS

NEUROLOGIE

TABES A ÉVOLUTION RAPIDE CHEZ UNE PARALYTIQUE GÉNÉRALE[1]

par le Dr L. MARCHAND

médecin de l'asile de Bailleul

La sclérose des cordons postérieurs de la moelle est fréquente dans la paralysie générale. Certains auteurs prétendent qu'il s'agit rarement de vrai tabes, que cette sclérose est due à une myélite diffuse. D'autres, au contraire, sont d'avis que cette sclérose ne diffère en rien de celle du tabes. Ces opinions nous paraissent vraies toutes deux. Il existe des cas de sclérose des cordons postérieurs évoluant parallèlement avec la méningo-encéphalite et qui revêtent la topographie des lésions tabétiques, il en est d'autres où la sclérose des cordons postérieurs est diffuse et varie comme siège, suivant les étages de la moelle. Souvent encore, à côté de la lésion systématisée du tabes, on trouve des foyers de sclérose disséminés surtout autour des vaisseaux. Les deux processus sont réunis.

Dans l'observation, que nous rapportons plus loin, les symptômes tabétiques sont apparus brusquement au cours de la paralysie générale et la mort survint quelques mois après. L'exa-

[1] Les préparations relatives à ce cas, ont été présentées à la Société anatomique, (séance du 19 janvier 1902).

Digitized by Google

men microscopique de la moelle montra une sclérose presque totale des cordons postérieurs malgré le peu de temps que dura l'affection.

La malade D... entre à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Toulouse, le 3 mai 1899, avec le certificat suivant : paralysie générale avec démence et gâtisme.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans à la suite d'un refroidissement. - Mère âgée de 63 ans, nerveuse, a eu des crises de nerfs dans sa jeunesse. Un frère et deux sœurs bien portants; une des sœurs a subi l'opération de l'ovariotomie.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Elle était intelligente. Elle fut réglée à 14 ans et apprit ensuite le métier de mécanicienne. Elle s'est mariée à 16 ans, son mari avait eu un chancre syphilitique deux ans auparavant pour lequel il avait suivi un traitement. D. n'a jamais eu cependant d'après ses dires et ceux de son mari de symptômes spécifiques. Elle eut deux enfants ; la fille aînée, âgée de 17 ans, est bien portante. L'autre est morte à l'âge d'un mois. Pas de fausse-couche. A 22 ans, elle subit comme sa sœur l'opération de l'ovariotomie double ; elle ne fit jamais d'excès alcooliques.

Trois ans avant son entrée à l'asile de Villejuif, elle fut internée à celui de Ville-Evrard ; elle avait eu une première attaque épileptiforme caractérisée par la perte brusque de connaissance, la morsure de la langue, l'émission involontaire de l'urine, des mouvements convulsifs dans les bras. Elle n'est restée à Ville-Evrard que cinq semaines.

A son entrée à l'asile de Villejuif (mai 1899), D... présente les symptômes classiques de la paralysie générale : embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement des mains, affaiblissement intellectuel très prononcé, idées de grandeurs. A cette époque, les réflexes patellaires existent encore, mais sont faibles ; la marche est normale ; le signe de Romberg n'existe pas. Le sens de position est conservé.

Deux mois après son entrée à l'asile, D... présente de la faiblesse des membres inférieurs au point qu'on est obligé de la coucher. A son examen, on constate les symptômes tabétiques suivants qui n'existaient pas quelques jours auparavant : abolition des réflexes rotuliens, incoordination motrice très accusée au point de rendre la marche très difficile, perte du sens de position, signe de Romberg très net. Pas de douleurs fulgurantes. On observe au même moment des signes de tuberculose au sommet du poumon gauche. A partir de cette époque, l'amaigrissement est rapide. D..., qui pesait 45 kilogr. au mois d'août, ne pèse plus

Digitized by Google

que 32 kilogr. 300 au mois de septembre, 35 kilogr. 800 au mois d'octobre. Le 1er décembre D... a une série d'accès épileptiformes ; elle meurt le lendemain ; elle ne pesait plus que 29 kilogr. 700.

A l'autopsie on constate une infiltration tuberculeuse des deux poumons et les lésions macroscopiques de la paralysie générale. L'examen microscopique du cortex en décèle les lésions habituelles : méninges épaissies infiltrées de cellules rondes se colorant fortement, diapédèse active autour des vaisseaux, proliférations névrogliques, lésions avancées des cellules pyramidales, diminution des fibres tangentielles.

L'examen de la moelle montre une sclérose presque totale des cordons postérieurs : seule la zône cornu-commissurale présente encore un grand nombre de fibres saines. Les cellules des cornes antérieures sont atrophiées et fortement pigmentées. Pas de lésions des cordons antéro-latéraux.

Les racines postérieures sont lésées, les fibres recouvertes encore de myéline y sont très clairsemées. Les racines antérieures sont aussi atteintes, mais à un moindre degré.

L'examen de ganglions rachidiens appartenant à diverses régions montre une disparition en grande proportion de leurs fibres à myéline ; leurs vaisseaux sont entourés de nombreuses cellules rondes et les noyaux des cellules endothéliales sont bouleversés et proliférés.

La rapidité avec laquelle les symptômes tabétiques sont apparus chez notre malade est un fait curieux. En quelques jours l'incoordination motrice avait atteint son maximum. Nous avons réqu emment observé des paralytiques généraux qui présentaient des symptômes tabétiques, mais chez eux l'affection évoluait lentement et mettait toujours plusieurs mois à s'installer. Chez notre malade, c'est avec une rapidité peu commune que les symptômes tabétiques se sont surajoutés à ceux d'une paralysie générale en pleine évolution et la marche de l'affection fut telle qu'en quelques mois les cordons postérieurs furent le siège d'une sclérose très étendue. Peut-être faut-il dans notre cas attribuer un rôle à la tuberculose qui serait venue ajouter encore l'action nocive de sa toxine à celle de la toxine syphilitique.

Digitized by Google

CONGRÈS

PHYSIONOMIE ET TRAVAUX DU XIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(Revue critique)

Par le D^r Cl. VURPAS

Interne des Asiles de la Seine.

I

Le XIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et de langue française a eu lieu cette année à Grenoble. Il s'est ouvert par un discours du président, M. Régis, sur la psychiatrie et le théâtre, contribution importante à cette question si discutée des rapports de l'art et de la science. Le littérateur, l'artiste et le savant y trouveront une documentation judicieuse et bien conduite, qu'ils liront avec plaisir et avec fruit. Nous regrettons que les bornes restreintes et spécialisées de notre exposé ne nous permettent pas d'insister davantage sur ce sujet intéressant ; mais nous ne voulons présenter ici qu'une rapide revue synthétique de la physionomie du Congrès, uniquement limitée aux travaux et aux recherches scientifiques, et non un compte-rendu complet et détaillé.

Qu'il nous soit cependant permis d'adresser ici nos remerciements et nos félicitations principalement à M. Régis, président du Congrès, et à M. Bonnet, secrétaire-général, pour tout leur dévouement et l'infatigable activité, dont ils ont fait preuve pendant tout le Congrès, afin de le mener à bien et d'en assurer la complète réussite soit dans les travaux et réunions scientifiques, soit dans les excursions et les banquets.

II

La question de pathologie mentale était un sujet de Sémiologie : « *Des états anxieux dans les maladies mentales* » ; le rapport était présenté par M. Lalanne. Nous indiquerons brièvement le plan suivi et les principaux points mis en lumière dans ce travail.

Le rapporteur reconnaît trois degrés d'intensité croissante dans les états anxieux, et rappelle dans le premier chapitre l'historique des états anxieux et de l'anxiété.

Dans un second, il étudie les symptômes de l'anxiété, qui sont les uns physiques *a)* troubles de la sensibilité générale et spéciale *b)* troubles moteurs *c)* troubles circulatoires *d)* troubles respiratoires *e)* troubles digestifs *f)* troubles secrétoires, les autres, affectifs et intellectuels comme attente anxieuse, obsession, arrêt ou précipitation du déroulement des représentations, certains états de désagrégation mentale tendant à provoquer des altérations plus ou moins profondes de la personnalité.

Digitized by Google

Dans un troisième chapitre, M. Lalanne étudie 1° l'anxiété dans les états physiologiques (inquiétude des chercheurs, trac des orateurs, angoisse des mourants). 2° l'anxiété dans les maladies somatiques (maladies infectieuses, morsure des serpents, empoisonnement par l'opium, l'oxyde de carbone, maladie de cœur, mais surtout dans l'angine de poitrine, dans l'hystérie, la neurasthénie etc.). 3° la névrose anxieuse ou d'angoisse, dont d'après Freud en Allemagne et à sa suite Hartenberg en France les grands symptômes sont : 1° l'irritabilité générale. — 2° l'attente anxieuse. — 3° la crise d'angoisse aiguë. — 4° les équivalents de l'attaque d'angoisse (troubles cardiaques, respiratoires, sueurs, tremblement, boulimie avec vertige, diarrhée, troubles vaso-moteurs). — 5° les terreurs nocturnes. — 6° le vertige. — 7° les phobies et les obsessions.

Dans un quatrième chapitre, M. Lalanne étudie la constitution du type clinique des pychopathies anxieuses. Il décrit les troubles de la sensibilité, les troubles des représentations mentales principalement la « perte de la vision mentale », déjà signalée par Cotard, l'existence d'hallucinations de la vue, de l'ouïe et des divers sens, surtout de celles, que M. Seglas a appelées verbales motrices, des hallucinations organiques (Tamburini) enfin l'existence du délire.

Dans les formes cliniques, l'auteur distingue 1° la mélancolie anxieuse transitoire, 2° la mélancolie anxieuse proprement dite, qui se diviserait en une forme aiguë et une chronique, cette dernière étant le délire des négations ou syndrôme de Cotard (Régis), 3° les psychoses d'obsession progressive, qui résultent de la transformation des obsessions en psychoses.

Dans un cinquième chapitre, l'auteur étudie l'anxiété dans les psychopathies et particulièrement chez les dégénérés. Il la décrit dans la manie, la mélancolie, la folie à double forme, chez les persécutés mélancoliques, dans les psychoses d'intoxication. Il la note dans les troubles mentaux névropathiques, dans la paralysie générale.

Dans un sixième chapitre, il étudie l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'anxiété.

Reprenant une conception pathogénique de Morel, M. Lalanne insiste avec MM. Pitres et Régis sur le rôle du grand sympathique dans la production de l'angoisse. L'organisme atteint dans sa vie de nutrition éprouverait une souffrance se traduisant par de l'anxiété.

Les diverses discussions ont porté principalement sur le côté étiologique et pathogénique de l'anxiété.

Les différents orateurs ont placé l'anxiété, chacun avec ses arguments, les uns sous la dépendance de phénomènes physiologiques, les autres sous la dépendance de phénomènes psychiques, et dans cette seconde catégorie les uns tendant à en rattacher l'origine à un trouble de l'émotivité, d'autres à une modification trouvant sa source dans les images et les idées, d'autres enfin à une altération

Digitized by Google

de la volonté comprise dans son sens le plus général de force réactionnelle active.

La conception rapportant à une modification somatique, les phénomènes d'angoisse a été défendue par M. Roubinovitch, qui a rapporté quatre observations de sujets, chez lesquels des toxi-infections déterminèrent l'apparition de phénomènes somatiques et mentaux et des crises d'angoisse, tandis que le traitement de désintoxication amena la disparition des états d'angoisse en même temps qu'une amélioration physique.

M. Hartenberg tend également à placer la névrose d'angoisse sous la dépendance d'un fond organique. Il rappelle les mesures de la pression artérielle, qu'il a prises chez les anxieux, et la grande variabilité de pression qu'il a observée chez les différents sujets. Reprenant la description de la forme clinique spéciale, névrose d'angoisse, distincte de la neurasthénie avec anxiété et de l'hystérie, il a rapporté trois cas de malades atteints de cette forme de névropathie, dont l'un semble avoir vu évoluer son affection consécutivement à la privation sexuelle.

Combattant le rôle étiologique de la privation des satisfactions génésiques comme facteur essentiel de la névrose d'angoisse, M. Ballet estime que cette affection survient principalement et surtout à la suite de chagrins, de peines morales comme celles par exemple, qui succèdent aux ruptures affectives, agissant comme un véritable traumatisme moral, et justifiant les ressemblances cliniques, qui rapprochent la névrose d'angoisse de la neurasthénie traumatique. M. Ballet ne croit pas qu'il y ait là une entité morbide spéciale, comme le veut M. Hartenterg; il tend plutôt à considérer cette affection comme une aggravation de la neurasthénie ou comme une étape initale de la mélancolie anxieuse.

Plaçant l'anxiété sous la dépendance de troubles organiques, M. Pailhas insiste sur ce fait, que certains anxieux ne sont pas toujours convaincus du bien fondé de leurs craintes et de leurs tourments. Souvent leur expression de physionomie et certaines manières ne sont pas en rapport avec leur anxiété. Leur intelligence n'adhère pas pleinement à leur angoisse. Il semblerait qu'ici l'état organique a le pas sur l'état mental dans les manifestations de l'anxiété.

Dans la même voie, M. Dupré recherche l'étymologie du mot angoisse et l'attribue au verbe ἀγχω (j'étrangle, j'enserre). Cette simple remarque indique le rôle des phénomènes physiologiques dans l'état d'angoisse. Les sensations éprouvées sont celles d'étouffement, de strangulation, la sensation de la mort imminente. La cause et l'origine de l'angoisse résideraient donc dans le bulbe, il s'agirait là de phénomènes bulbaires ainsi que semble en témoigner une observation de M. Londe, qui se rapportait à un paralytique général présentant des phénomènes d'angoisse. Ces derniers firent penser à une localisation inflammatoire bulbaire ; et le pronostic porté fut très sombre. La mort du malade vérifia le pronostic.

Pour M. Brissaud, il faut distinguer les sensations physiques

Digitized by Google

provoquées par les modifications physiologiques, qui caractérisent l'angoisse, et l'état mental, qui accompagne cette sensation et tra-traduit le trouble, l'inquiétude, la terreur, qu'inspirent les conséquences immédiates de cette oppression, et qui caractérisent l'anxiété. Ces phénomènes ne semblent pas propres à l'homme seul. Vulpian a décrit l'anxiété du lapin ou du chien, quand on pince le pneumogastrique, François Franck l'anxiété de l'animal en expérience. L'auteur rappelle l'anxiété paroxystique nocturne. Lorsque les phénomènes physiques d'angoisse cessent, l'anxiété n'est plus qu'un phénomène purement psychique. Dans ces conditions, si les crises se multiplient au point de devenir un état permanent, on voit réalisé le tableau de la mélancolie anxieuse.

M. Brissaud reconnait ainsi à l'angoisse une origine somatique ; il place l'angoisse, véritable névrose du pneumogastrique, sous la dépendance de phénomènes physiologiques, qu'il localise au bulbe, et pense que l'anxiété est le phénomène mental, qui résulte de l'angoisse, que les deux troubles coexistent, ou que l'angoisse ayant disparu le sujet par une véritable habitude ne conserve que l'anxiété seule. Dans certains cas, « l'anxiété reste toute seule, phénomène exclusivement cérébral ». Cette interprétation, place ainsi l'anxiété sous la dépendance de phénomènes psychiques.

Pour certains, les altérations de l'émotivité, quelle que soit d'ailleurs l'origine et la cause des états émotifs, qu'ils soient sous la dépendance de troubles somatiques ou mentaux, c'est-à-dire que des phénomènes soit physiologiques, soit psychiques en soient les agents provocateurs et déterminants, les altérations de l'émotivité, disons-nous, pourraient favoriser l'éclosion et le développement d'états anxieux et de l'anxiété.

Abordant le problème pathogénique de l'obsession et de la névrose d'angoisse, M. Régis admet qu'il s'agit là de maladies émotives et non intellectuelles. Il ne prétend nullement par là que les troubles vaso-moteurs précèdent les troubles émotifs. Mais les phobies, les obsessions sont des maladies de l'émotivité, non de l'intelligence. L'angoisse de l'animal et celle de l'homme sont les mêmes, ainsi que l'a rappelé M. Brissaud, nouvelle preuve en faveur de l'origine émotive de l'anxiété.

A côté de cette manière de voir, divers auteurs croient trouver une origine aux états anxieux dans certaines images et idées. Ainsi en serait-il dans quelques cas d'hallucinations, qui par leur présence, provoqueraient chez le sujet l'éclosion et le développement d'une anxiété capable, dans certains, cas de les pousser jusqu'au suicide.

Les hallucinations dans les états anxieux des mélancoliques ont été rappelées par M. Giraud. Chez les mélancoliques hallucinés, il y a souvent de l'anxiété, qui n'est qu'un témoin. D'après lui, les états anxieux seraient surtout liés aux hallucinations de l'ouïe. Une observation clinique venant à l'appui de cette thèse a été rapportée par M. de Perry. Il s'agissait d'une malade, qui pour se soustraire à un violent chagrin, devint morphinomane, et consé-

Digitized by Google

cutivement présenta des hallucinations terrifiantes, il en résulta un état d'anxiété, qui détermina une tentative de suicide. Remis en liberté sans être complètement guéri de ses habitudes de morphinomanie, le sujet de cette observation redevint anxieux, puis mélancolique, et finit par s'étrangler.

M. Parant semble résumer principalement ces deux courants d'opinions, mettant l'anxiété sous la dépendance, d'une part d'images et d'idées morbides, et d'autre part de troubles émotifs, lorsqu'il tente de classer les anxieux en : 1° anxieux sans savoir pourquoi, 2° anxieux par hallucinations, 3° anxieux en vertu d'interprétations délirantes.

Avec M. Arnaud, nous arrivons à la troisième source invoquée dans les causes étiologiques de l'anxiété, comme en favorisant le développement. Elle résiderait, d'après l'auteur, dans des troubles et des altérations de la volonté, le terme volonté étant pris dans son sens le plus général de force réactionnelle active. L'aboulie accompagnerait nécessairement les états anxieux. L'anxiété, et en particulier les obsessions devraient ainsi être classées dans les maladies de la volonté. M. Arnaud estime que la volonté est lésée, que les anxieux sont des irréguliers. Reprenant la question de priorité des phénomènes organiques ou mentaux, l'auteur constate que le système vaso-moteur entre lentement en contraction (13 secondes), et qu'ainsi les phénomènes vaso-moteurs succèdent aux états mentaux, au lieu d'en être la condition.

Si divers phénomènes psychiques peuvent provoquer le développement de l'anxiété et concourir à son éclosion, certains états anxieux peuvent avoir comme conséquence et provoquer à leur tour des actes, sur lesquels il est utile d'attirer l'attention du clinicien et du légiste.

M. Garnier a insisté sur ce fait, qu'en dehors de toute conception délirante l'anxiété peut pousser au crime. Sous l'influence de l'angoisse douloureuse une explosion motrice peut se traduire par un éclair de violence, après quoi vient une sorte de détente, ainsi qu'on le voit dans les états impulsifs. D'une part le sujet reste étonné devant ses actes, contrairement au persécuté, qui justifie sa conduite ; d'autre part sa lucidité est complète, à l'inverse de l'épileptique, qui ne conserve nulle conscience.

Au point de vue thérapeutique, M. Parant préconise le laudanum à très hautes doses dans le traitement de l'anxiété ; M. Doutrebante repousse l'hydrothérapie, surtout l'hydrothérapie froide dans le traitement de la névrose d'angoisse ; M. Briand considère que le bromure de potassium, donné soit par la bouche, soit dans des injections de sérum, serait une excellente médication. L'adjonction d'adonis vernalis renforce l'action du bromure. Pris en injection sous-cutanée le bromure ne provoquerait pas d'acné. Les avantages de la sérumthérapie sont confirmés par M. A. Marie, qui rapporte les bons résultats, qu'il a retirés de l'emploi du sérum injecté pur, sans adjonction de bromure de potassium.

Digitized by Google

III

La seconde question était une étude sur les tics en général. Cet important sujet, qui a donné lieu à des travaux intéressants dans ces dernières années, comportait une étude assez vaste et surtout mal limitée, chaque auteur entendant le tic un peu à sa façon, et étendant ce terme à des troubles divers du mouvement. Il est même, peut-être, un peu à craindre, ainsi qu'il a semblé résulter de de l'importante discussion, qui s'est ouverte sur les tics, que les divergences n'aient pas totalement disparu, et qu'après la séance, on se soit quitté sans s'être entendu et accordé non seulement sur les faits, mais même sur les mots. De sorte qu'en fin de compte, on serait parti, en parlant chacun un langage différent. Comment arrivera-t-on à s'accorder sur les faits, lorsque les mots éveilleront des images et des idées différentes, non comparables chez les divers auteurs? Il serait souhaitable, qu'ainsi que l'on procède habituellement dans la science, on définisse une fois pour toutes, plus ou moins arbitrairement, ou plus ou moins rationnellement les termes employés, et que l'on s'en tienne aux définitions admises et reconnues. Le commerce a été doté d'un système métrique univoque, on cherche dans la science à uniformiser les mesures; il est indispensable, qu'un même terme s'applique à une même série de phénomènes.

Dans son rapport, M. Noguès a adopté les conceptions de M. Brissaud et de MM. Meige et Feindel. Après avoir, dans un premier chapitre, rappelé l'historique de la question, depuis Galien et Celse jusqu'aux travaux les plus récents, le rapporteur a tracé dans le second une délimitation du tic ; il l'a différencié du reflexe simple et du spasme. Un tic est une réaction motrice d'une fonction et non une secousse musculaire simple et isolée. Sa production nécessite à un moment quelconque la participation de l'écorce cérébrale ; les tics peuvent être divisés en tics cloniques et tics toniques ou tics d'attitude.

Dans un troisième chapitre, l'auteur établit les caractères généraux des tics, qui sont les suivants :

1° Le tic est un mouvement involontaire que néanmoins la volonté peut modifier.

2° Un autre caractère du tic est d'être habituel.

3° Il est conscient.

4° C'est un acte coordonné.

Dans un quatrième chapitre, la symptomatologie des tics est faite avec détails et tracée minutieusement ; l'auteur distingue les tics, d'après leur situation topographique (face, cou, tronc, membres), d'après les perturbations, qu'ils provoquent dans les fonctions organiques, du côté de la bouche et du système digestif supérieur du côté de l'arbre respiratoire, de la voix (aphanie spastique de Hasslauer) ; étudiant les tics de complexité croissante, il décrit la maladie des tics convulsifs ou maladie de Gilles de la Tourette.

Dans un cinquième chapitre, l'état mental des tiqueurs est étudié avec soin. Ce qui fait surtout la caractéristique et la détermi-

Digitized by Google

nation de l'état mental du tiqueur, c'est l'existence chez ces sujets des syndromes, qui sont comme la marque des états dits dégénératifs, à savoir l'obsession et l'impulsion, et leur fréquence chez les tiqueurs. L'association des tics, des obsessions et des impulsions est loin d'être rare.

Dans un sixième chapitre, M. Noguès étudie la physiologie pathologique et la pathogénie des tics. Il rappelle principalement les conceptions de M. Brissaud et de M. Grasset.

Dans un septième chapitre, l'auteur étudie l'étiologie des tics, et pense qu'il « existe presque toujours, sinon toujours, une cause occasionnelle provocatrice des mouvements anormaux de l'acte moteur pathologique, qui constitue un des éléments du tic. »

Le huitième chapitre est consacré au diagnostic du tic.

Le neuvième chapitre traite de l'évolution des tics, de leur marche, de leur durée, de leur terminaison et de leur pronostic.

Dans le dixième chapitre est exposé le traitement des tics, traitement médicamenteux et rééducateur. L'auteur rappelle que ce dernier, beaucoup plus important, peut être pratiqué selon les méthodes Brissaud, Meige-Feindel ou Dubois (de Saujon), ou Pitres.

Dans la discussion, qui a suivi le rapport, les orateurs ont été loin de s'entendre sur la définition du tic. D'une façon générale, on peut ranger grosso modo sous deux chefs principaux les conceptions émises dans la discussion. A) Pour les uns, le tic est un acte fonctionnel, qui se reproduit identiquement à cértains intervalles, en dehors de la volonté et malgré elle, en l'absence totale de toute lésion anatomique du système nerveux, acte dont la non exécution détermine de l'angoisse, et qui survient chez des sujets présentant un état mental particulier désigné habituellement en psychiatrie sous le terme de dégénérescence mentale. Pour eux, un tic est avant tout un trouble psychique. B) Les autres entendent par tic tout acte moteur fonctionnel, coordonné, considéré dans sa manifestation symptomatique, indépendamment des conditions anatomo-physiologiques du système nerveux et de l'état mental du sujet. Certains tics sont mentaux, fonctionnels, d'autres sont liés à des lésions anatomiques du système nerveux, ainsi qu'on le voit pour les hémiplégies, qui sont les unes fonctionnelles, d'autres sous la dépendance de lésions anatomiques du système nerveux.

Ces conceptions du tic englobent sous un même nom des groupes de phénomènes, dont le cadre prend une extension croissante. Limité pour les uns à des troubles moteurs d'une fonction, provoquant un certain degré d'angoisse et survenant chez des dégénérés, en dehors de toute lésion anatomique du système nerveux, il s'étend avec les autres à tous les mouvements revêtant un caractère de mouvement coordonné.

Ces deux manières de voir sont peut-être en réalité moins éloignées, qu'on est tenté de le supposer de prime abord. La différence tient surtout à la façon dont les auteurs ont envisagé le problème.

Digitized by Google

Les uns se sont placés à un point de vue clinique et symptomatique, les autres à un point de vue nosographique proprement dit, plus général et plus complexe.

Ceux-ci ont décrit les symptômes observés, ainsi que l'on procède en clinique, pour de là remonter, à mesure que l'on serre de plus près le diagnostic, à la cause déterminante, et à la présence, ou l'absence de lésions anatomiques du système nerveux, ou à l'existence de troubles psychiques concomitants, qui concourraient à leur production et à leur éclosion. Ceux-là se sont placés à un point de vue plus général et plus absolu. Ils ont pris l'affection avec tous les éléments de connaissances, que nous possédons à son sujet, et ils ont tenté à leur lumière de préciser les conditions de chaque trouble, de réunir dans des groupes homogènes les phénomènes de même nature, et de séparer nettement les uns des autres, afin de rendre toute confusion impossible, des phénomènes essentiellement différents. Le terme tic est réservé aux troubles purement fonctionnels ; le terme spasme aux troubles cliniquement similaires, causés par une lésion anatomique du système nerveux.

Le rôle de la dégénérescence mentale dans l'étiologie des tics a été le pivot, autour duquel ont porté la plupart des discussions. Le déséquilibre mental, qui, d'après MM. Magnan et Legrain, serait la caractéristique de cet état psychologique, a été rappelé par M. Meige dans la définition, qu'il a cru devoir préciser, du terme d'infantilisme appliqué aux tiqueurs. Ce qu'il désigne par là surtout, c'est l'instabilité mentale, le déséquilibre du caractère, qui est propre aux tiqueurs, alors que d'autres qualités intellectuelles peuvent être très développées et très brillantes.

L'angoisse et le malaise, qui accompagnent les obsessions et les impulsions, ont été invoquées par MM. Ballet et Brissaud comme la condition même du tic. C'est l'angoisse accompagnant la réaction motrice plus ou moins rythmique, qui, d'après ces auteurs, distingue et différencie le tic du mouvement d'habitude qui se répète. C'est ainsi qu'après avoir protesté contre l'extension donnée aux tics, M. Ballet réserve cette dénomination à un trouble de la représentation mentale d'un mouvement, qui est reproduit consciemment d'abord, automatiquement ensuite, et dont l'empêchement et la non exécution s'accompagnent de malaise et d'angoisse. De son côté, M. Brissaud insiste pour que l'on maintienne la distinction entre les tics et les spasmes. Le tic, dans la génèse duquel l'habitude joue un rôle important, contrairement à l'opinion, que M. Cruchet semble lui prêter, s'accompagne d'angoisse, et cette angoisse en est la caractéristique. M. Brissaud rappelle que le traitement, qu'il a préconisé, est basé sur la correction des mauvaises habitudes.

Le rôle de l'angoisse dans la production d'un tic est également invoqué par M. Briand comme en étant la caractéristique. Il demande en conséquence que les tics des aliénés soient étudiés à part, car ce que l'on considère chez eux comme un tic n'est le plus

Digitized by Google

souvent qu'un mouvement en rapport avec leurs troubles mentaux.

Cette conception du tic considéré comme une manifestation symptomatique de la dégénérescence mentale a été combattue par M. Doutrebante. Il a rappelé que Morel avait décrit le tic indolent chez de simples nerveux et des gens normaux, et le tic douloureux passager, auquel peuvent succéder des troubles nerveux ou mentaux.

M. Pierret, étudiant les tics chez les aliénés, pense qu'ils sont le plus souvent la traduction d'un trouble psycho-sensoriel, et ne deviennent, à proprement parler, tic, que lorsque la démence survenant, ils ne sont plus la traduction d'un état mental concordant, et deviennent de véritables mouvements automatiques. M. Pierret rappelle le rôle, qu'il faut faire jouer aux lésions cicatricielles du système nerveux et aux toxi-infections dans la production des tics. L'importance de ce rôle toxi-infectieux semble confirmé par une observation rapportée par M. Rouby, dans laquelle une enfant fut atteinte, à la suite de vaccination, d'une affection cutanée généralisée ; survint ensuite un tic de la tête ; actuellement l'enfant est « demi-idiote ».

Avec M. Grasset, nous avons assisté à l'interprétation pathogénique du tic, par sa conception du *polygone*, dans lequel le centre supérieur O est le siège du psychisme supérieur ou mental (volonté, liberté) et le polygone le siège de l'automatisme ou psychisme inférieur ou psychisme proprement dit. M. Grasset reconnaît ainsi l'existence de trois sortes de tics, les uns qui ne dépassent pas l'axe bulbo médullaire, d'autres qui ont lieu dans le polygone, d'autres enfin, qui se compliquent de troubles du centre O.

Cette distinction entre le psychisme supérieur et le psychisme inférieur a été combattue par M. Joffroy, qui a rappelé le rôle des centres sensitivo-sensoriels dans la genèse des tics, et a rapporté le cas d'une malade, dont l'origine d'un tic fut l'existence d'hallucinations. A côté de la cause des tics, M. Joffroy a étudié leurs conséquences et a signalé le cas d'une oblitération artérielle de l'avant-bras avec gangrène de la main, consécutive à un tic consistant en un choc répété de la main droite sur l'avant-bras gauche.

D'autres conséquences du tic ont été des tentatives de suicides provoquées par l'ennui, que les malades éprouvaient de leur affection et des remarques désagréables, qu'elle leur attirait, ainsi que MM. Boissier et Parant en ont rapporté des observations.

De son côté, M. Hartemberg a distingué trois réactions mentales devant un tic ; tantôt le sujet y reste indifférent, tantôt il essaye de résister, mais mollement et sans persistance, tantôt il résiste de toutes ses forces, mais il est vaincu par l'intensité de son angoisse, d'où pronostic et traitement absolument différents chez ces trois catégories de sujets.

M. Cruchet, après avoir proposé une classification des mouvements convulsifs ou convulsions, s'est résumé dans les propositions suivantes :

Digitized by Google

I° Le tic est une variété dans le genre convulsion.

II° Il est essentiellement clonique et caractérisé par un mouvement ou un groupe de mouvements, reproduisant un acte physiologique déterminé.

III° Il est d'ordre matériel ou fonctionnel.

IV° Le torticolis intermittent ou spasmodique ne devrait plus s'appeler dorénavant que tic rotatoire.

V° Le seul nom de torticolis mental devrait être réservé à toutes les attitudes des torticolis d'ordre mental.

VI° Ce torticolis mental, et d'une manière générale toutes les formes toniques ou simples attitudes d'ordre mental, doivent être nettement différenciées du tic, avec lequel toutefois elles peuvent coexister.

Laissant de côté les questions de pathogénie, M. Obregia a rapporté l'observation de trois malades paralytiques généraux, qui présentèrent des tics. M. Pitres a présenté une étude statistique sur l'étiologie des tics, ayant portée sur 70 observations, et il a mentionné certains tics dans la série animale (tic du cheval, tic du chien, aerophagie). M. Pitres a rappelé les bons résultats de l'atmothérapie dans le traitement des tics, et a insisté sur les difficultés de la suggestion hypnotique. Ces difficultés ont été rencontrées par la plupart des auteurs. Cependant M. Berillon recommande cette méthode de traitement, et après avoir rapporté quelques observations curieuses de tics, il rappelle les succès dus à l'hypnotisme, là où les autres médications étaient restées impuissantes. L'utilité de l'atmothérapie dans le traitement des tics a été préconisée également par M. Bourneville qui, après avoir indiqué une observation de tic chez une idiote, rapporte les bons effets et les succès thérapeutiques obtenus par les exercices de piano avec chant.

IV

Cette année la troisième question se rapportait à la médecine légale, celle de l'an passé ayant porté sur l'administration. Le rapport confié à M. Dupré était intitulé : « *Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.* » Ce travail, très documenté et particulièrement intéressant, se divise en deux parties, la première d'ordre clinique, la seconde d'ordre médico-légal.

Dans la première partie, sont d'abord définis l'idée et le délire d'auto-accusation : un auto-accusateur en médecine légale est un sujet, qui « s'accuse dans un acte provoqué ou spontané, direct ou indirect, verbal ou écrit *d'auto-dénonciation vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires, auto-accusation est donc synonyme d'auto-dénonciation.* » Il est des cas cependant, où le sujet, sans être à proprement parler un auto-dénonciateur, agit et parle de telle façon, qu'il devient bientôt un accusé. Dans le courant de la discussion M. Motet a rapporté un cas intéressant de ce genre. Le sujet de cette observation, qu'il avait examiné en qualité d'expert avec M. Vallon, fut considéré par eux comme un débile, un peu entaché d'alcoolisme, et la conclusion du rapport fut responsabilité atténuée. Aujourd'hui

Digitized by Google

M. Motet se demande, s'il ne s'agissait pas chez ce sujet d'auto-dénonciation.

Vient ensuite une étude de la « conception et du classement nosologique du syndrome, ainsi que l'énumération successive des divers états pathologiques au cours desquels il apparaît, l'analyse des circonstances étiologiques, du mécanisme pathogénique, des allures cliniques et évolutives, qui dans chacun de ces états morbides, caractérisent l'idée d'auto-accusation. »

Pour arriver à la période médico-légale, l'auto-accusation semble suivre à peu près les quatre phrases suivantes : « 1° Etat mélancolique, 2° Délire de culpabilité diffuse, 3° Auto-accusation précise, mais passive et platonique, 4° Auto-dénonciation active. Le mélancolique de coupable devient auto-accusateur, et d'auto-accusateur platonique il devient auto-dénonciateur. »

M. Régis estime, que les persécutés mélancoliques passent rarement à l'auto-dénonciation. Cependant il fait remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi. Certains sujets, tout en s'adressant aux magistrats pour faire reconnaître leur innocence, arrivent à formuler à leur endroit une véritable auto-dénonciatiation. Il rappelle à ce sujet le cas de J.-J. Rousseau.

L'auto-accusation se rencontre très fréquemment aussi chez les dégénérés (obsédés, débiles, déséquilibrés).

Chez les dégénérés, d'après M. Ballet, les auto accusations sont fréquemment récidivantes et portent sur des objets multiples.

Dans la discussion, M. Régis signale l'auto-accusation survenue chez les obsédés à la suite d'un rêve. Le souvenir, qu'ils en gardent, augmente leur conviction ; il parle ensuite de l'auto-accusation chez les douteurs, qui se demandent s'ils ont bien fait en réalité les fautes, dont ils s'accusent, ces derniers franchissent rarement cette étape et restent dans leur doute. M. Régis estime qu'il faut faire une part spéciale aux *impulsifs*. qui se sachant incapables de résister, s'accusent afin de se faire arrêter, et de la sorte se trouver dans l'impossibilité de réaliser leur obsession.

Dans son rapport, M. Dupré estime que les associations morbides les plus diverses (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infections. surmenage. etc.) peuvent intervenir dans les moments étiologiques comme, dans les modalités cliniques de l'auto-accusation. Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme.

Ce rôle de l'alcoolisme est approuvé par M. Legrain, qui en rapporte une observation intéressante. M. Vallon cite également un exemple de ces auto-dénonciations réalisées par certains débiles plus ou moins alcooliques.

L'auto-accusation, d'après le rapporteur, s'observe également dans les psychoses toxiques, ainsi qu'on le voit chez les typhiques, dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais certainement de nature toxique.

Comme corollaire de cette proposition, M. Obregia pense, que l'on peut tirer parti au point de vue diagnostic de l'état somatique d'un sujet. Il rapporte ainsi, que l'étude de la toxicité urinaire, jointe à d'autres signes tirés d'investigations d'ordre différent,

Digitized by Google

l'aidèrent à découvrir un cas de simulation d'épilepsie, avouée d'ailleurs plus tard ; l'importance de ce signe diagnostique est niée par M. Vallon, comme élément de preuve dans les conditions d'une expertise médico-légale.

Chez les hystériques l'auto-accusation est extrêmement rare relativement à l'hétéro-accusation, et s'associe parfois à elle dans un complexus d'autohétéro accusation, ainsi que M. Vallon et M. Rey en ont rapporté des cas intéressants dans la discussion. M. Legrain cite un exemple d'auto-dénonciation provoquée par la réapparition, à propos d'un accès de délire passager. d'un état second normalement subsconscient, et ne laissant aucun souvenir au sujet, qui revient à la conscience dans certaines circonstances pathologiques déterminées.

M. Dupré pense que chez les épileptiques, l'auto-accusation peut dériver des tentatives d'explication faites par le malade au sortir de son accès pour justifier le crime, qu'il vient de commettre dans l'inconscience de son délire.

Au point de vue étiologique, « les auto-accusateurs se recrutent par ordre de fréquence d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés. »

D'après M. Outard, ce serait les dégénérés qui seraient les plus nombreux parmi les auto-dénonciateurs. D'après M. Dupré, ce serait les intoxiqués. Mais M. Dupré réunit les typhiques aux alcooliques, association qui n'avait pas été faite par M. Outard. Si l'on réunit les uns aux autres dans la statistique de M. Outard, ce dernier arrive aux mêmes résultats et aux mêmes conclusions que M. Dupré.

« Bien au dessous de ces deux catégories psychiatriques, figurent, d'après le rapporteur, les états mélancoliques, l'hystérie et enfin les états démentiels. »

La seconde partie du rapport d'ordre médico-légal, consacrée à l'exposition des conséquences pratiques, dans les domaines judiciaire et administratif, de l'idée d'auto-accusation, comprend l'étude de la situation de l'auto-accusateur vis à vis de la loi. Le sujet peut s'accuser 1° d'un crime inexistant ; 2° d'un crime réel mais inimputable à l'auto-accusateur ; 4° d'un crime réel et imputable à l'auto-accusateur ; 3° d'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif, parfois sous l'influence du remords.

Par rapport à l'instruction, « l'expertise médico-légale peut ainsi intervenir aux trois phases de la procédure criminelle : celle de l'action de la police judiciaire, celle de l'enquête du juge d'instruction et enfin celle des opérations du tribunal. »

A la suite de cette étude de la situation de l'auto-accusateur vis à vis de la loi, M. Dupré considère « la valeur probante de l'aveu dans les législations française et étrangère, et les conséquences des auto-dénonciations postérieures aux arrêts judiciaires. Ce chapitre se termine par l'exposé de la conduite de l'expert vis à vis de l'auto-accusateur, et l'énoncé des conclusions statistiques, médico-légales

Digitized by Google

qui se dégagent de l'étude comparée des observations d'auto-accusateurs. »

Eu égard à certaines déclarations, la conduite du médecin est parfois délicate. M. Giraud rapporte qu'il a observé une malade, qui déclarait avoir avorté à la suite de manœuvres pratiquées par une sage-femme, dont elle donnait le nom. M. Giraud estime que le médecin doit dans ces cas garder le silence, ainsi qu'il a procédé lui-même en cette occasion.

V

Le temps consacré aux séances a été partagé d'une façon à peu près égale entre la lecture des rapports et leur discussion d'une part, et d'autre part l'exposé des communications. Pour plus de clarté dans l'exposition des communications, forcément disparates, nous les grouperons autant que possible d'après les sujets auxquels elles se rapportent.

Comme travaux d'anatomie, nous mentionnons les recherches intéressantes de M. Obregia sur l'innervation des vaisseaux, de la pie-mère et de la corticalité cérébrale. Dans ses études, l'auteur a vu une disposition anatomique, par laquelle sont innervés les vaisseaux de la pie-mère et de la corticalité, dont jusqu'ici on ne connaissait pas l'innervation. M. Obregia pense que les cellules de Ramon, situées dans la partie la plus superficielle de l'écorce cérébrale, sont destinées à l'innervation des vaisseaux et que les plexus, formés par leurs prolongements, jouent un rôle analogue à celui des plexus vasculaires.

Un point intéressant de physiologie nerveuse a été abordé par M. Crocq dans l'étude, qu'il a faite sur le mécanisme des reflexes et du tonus musculaire. Répondant aux diverses objections de MM. Grasset, Mendelssohn, Brissaud, Raymond et Cestan, Lannois, de Buck, van Gehuchten, M. Crocq rappelle que la plupart des observations, données comme sections nerveuses, ne sont pas probantes et il estime que le tonus musculaire a une origine exclusivement corticale, et que les réflexes se font par trois étages : cortical pour les réflexes cutanés, médullaire pour les réflexes rapides de défense, basilaire pour les réflexes tendineux, qui suivraient une voie supposée formée par des fibres descendantes, reliant les corps opto-striés aux cornes antérieures de la moelle, et non, ainsi que le pense Van Gehuchten, la voie rubro-spinale (une observation de MM. Raymond et Cestan a prouvé, que la destruction des noyaux rouges n'abolit pas les réflexes tendineux).

Appliquant à la pathologie les résultats de recherches entreprises avec M. Hallion sur un procédé clinique pour mesurer l'activité de la circulation capillaire, M. Laignel-Lavastine estime, que dans l'hémiplégie organique, le temps que met la tache à s'effacer est moindre du côté paralysé au lendemain de l'ictus, que du côté sain ; au contraire, lorsque l'hémiplégie est ancienne, le temps qui s'écoule est plus long du côté paralysé, après avoir passé par un stade intermédiaire, où il était égal des deux côtés.

Digitized by Google

Un point intéressant de séméiologie a été abordé par MM. Cestan et Dupuy-Dutemps dans leur étude sur l'existence du signe d'Argyll Robertson dans les maladies du système nerveux ; il ressort que ce symptôme, constant dans la paralysie générale et le tabès, n'a été retrouvé par eux dans la plupart des autres maladies organiques du système nerveux, que lorsqu'il y avait concomitance de syphilis. Il semble ainsi, que ce symptôme doive toujours faire soupçonner la syphilis.

D'autres questions de séméiologie ont été traitées par M. Pailhas dans les études bien conduites, qu'il a entreprises, soit sur l'extension durable ou prolongée du gros orteil, associée au signe de Babinski, indice d'hypertonus musculaire, dont il ne serait qu'une amplification ou une exagération, indiquant de bonne heure la tendance aux contractures; soit sur l'écartement involontaire du petit doigt dans certaines affections de l'axe cérébro-spinal, principalement les lésions du centre du langage articulé. L'auteur se demande, s'il ne s'agit pas là de rapports anatomiques ou fonctionnels, reliant étroitement le centre du langage articulé à celui des mouvements du membre supérieur.

Diverses questions d'anatomie pathologique ont été abordées dans plusieurs communications.

M. Durante a décrit les trois phases parcourues par les processus pathologiques dans l'atrophie musculaire (régression plasmodiale, régression cellulaire, métamórphose conjonctivo-adipeuse).

MM. Lannois et Paviot ont mentionné dans les atrophies du cervelet l'identification morphologique des atrophies primitive et secondaire, ainsi que la disparition de la couche des cellules de Purkinje et de la couche des grains, remplacées par une couche de cellules ovales à gros noyaux avec deux nucléoles, et qui sont fort probablement des cellules nerveuses.

MM. Faure et Laignel-Lavastine ont étudié les lésions histologiques de l'écorce cérébrale dans dix-huit cas de méningites et ont observé le même aspect et la même configuration dans différentes catégories de méningite; les lésions interstitielles et cellulaires siégeaient surtout au voisinage des foyers méningés, et d'une façon générale étaient d'autant plus accusées, que l'évolution de la maladie avait été plus longue.

Les néoplasmes du système nerveux ont fait l'objet de plusieurs travaux. MM. Oberthür et Mousseaux ont fait une étude sur les localisations cancéreuses du système nerveux périphérique ; ils ont signalé les lésions des nerfs périphériques (troncs volumineux, nerfs de texture plus délicate comme les racines rachidiennes ou les ganglions), celles du cancer rachidien (forme primitivement osseuse et forme radiculo meningée), celles des groupements radiculaires, comme le plexus brachial et le plexus lombo-sacré, enfin les lésions des nerfs craniens principalement du pneumogastrique et du récurrent.

MM. Philippe, Cestan et Oberthür proposent une classification nouvelle des sarcomes primitifs du système nerveux. Au lieu

Digitized by Google

d'une classification uniquement anatomique, les auteurs demandent avec Westphall, Schlesinger, Bruns, que les caractères soient empruntés à la fois, à la clinique et à l'anatomie, et qu'une dénomination éveille aussi bien l'idée de la rapidité de l'évolution et la tendance à la généralisation, que l'idée d'une forme histologique déterminée. Il y aurait ainsi, d'une part les sarcomes solitaires des méninges et ceux des centres nerveux, relativement bénins, en comparaison de la seconde variété, comprenant les sarcomes multiples ou sarcomatose, particulièrement graves et rapides dans leur évolution, divisés eux-mêmes en méningite sarcomateuse et neurofibrosarcomatose.

M. Oberthür fait une étude du gliome des centres nerveux et décrit l'intérieur du gliome lui-même, l'enveloppe périphérique, qui le circonscrit, et la substance environnante. Il estime que le terme de sarcome solitaire envahissant des centres nerveux est préférable à celui de glio-sarcome.

Une observation de sclerose en plaques à forme mono puis hemiplégique avec aphasie, survenue chez une enfant de 7 ans heredo-syphilitique probable, a été rapportée par M. Georges Carrier. On avait observé pendant l'évolution de la maladie, qui avait duré 10 ans, une obnubilation intellectuelle et un gatisme transitoires.

Dans un autre ordre d'idées, M. Chardon cite trois cas de délires aigus rapidement mortels, suivis d'examen anatomique. Dans ces trois observations les malades revêtaient l'aspect clinique de la mélancolie.

Un point intéressant de l'étiologie multiple du tabès a été abordé par M. Maurice Faure qui, se basant sur les résultats différents sinon opposés du traitement antisyphilitique, pense que la syphilis crée un lieu de moindre résistance, et que des infections secondaires multiples et banales, et principalement la grippe, les infections rhumatismales, la blennorrhagie, ainsi que le terrain et la prédisposition morbide, jouent un rôle important dans l'étiologie, la pathogénie et l'évolution du tabès.

Si le traitement antisyphilitique a été appliqué avec succès dans le tabès, des résultats analogues ont été obtenus dans cette affection, que l'on a si souvent rapprochée du tabes par son étiologie, la paralysie générale. Ces bons résultats ont été l'objet d'une communication de M. Devay, qui a insisté sur les améliorations obtenues dans la paralysie générale par le traitement spécifique intensif. Sur 70 cas de paralytiques généraux traités par le mercure et l'iodure, 21 ont été améliorés, tantôt au point de vue somatique, tantôt au point de vue mental, tantôt, mais plus rarement, aux deux à la fois.

Comme toujours, la paralysie générale a été de toutes les questions de pathologie, celle qui a fourni le plus gros contingent.

Un élément important de diagnostic, sur l'importance duquel les différents auteurs ont des opinions encore divergentes, a été abordé par MM. Joffroy et Mercier ainsi que par MM. Marie et Duflos qui ont discuté la valeur diagnostique de la ponction lom-

Digitized by Google

baire dans la paralysie générale. MM. Joffroy et Mercier, dans un travail qui repose sur une statistique portant sur 120 ponctions lombaires faites chez 91 malades différents, ont formulé les conclusions suivantes : « La présence de nombreux éléments blancs dans le liquide cephalorachidien est le plus constant et le plus précoce des signes physiques de la paralysie générale, et sa découverte a fait faire un progrès considérable à la question si importante du diagnostic de cette affection ».

MM. Joffroy et Régis estiment, qu'ainsi que le soutient M. Maillard dans sa thèse, la ponction lombaire est un signe excellent de diagnostic de la paralysie générale, mais n'a pas une valeur absolue.

MM. Marie et Duflos insistent sur ce fait, que le nombre des lymphocites dans la paralysie générale ne semble pas progresser en raison des symptômes cliniques tant physiques que psychiques et aussi que l'abondance des lencocytes dans le liquide céphalorachidien, recueilli par la ponction chez les paralytiques généraux, semble plus fréquente au début de l'affection, et dans les phases de poussées aigües.

Parmi les signes de la paralysie générale, l'examen ophtalmoscopique de l'œil a été l'objet d'une étude de MM. Keraval et Raviart. De l'examen de 82 paralytiques généraux, il ressort que divers états ophtalmoscopiques ont été observés cliniquement (atrophie pupillaire blanche, atrophie grise, sclerochoroidite postérieure, état de la pupille pâle comme lavé, etc.). Les lésions histologiques étaient d'autant plus accusées que les altérations ophtalmoscopiques étaient plus manifestes. M. Joffroy a nié la fréquence des altérations du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, et a rappelé, que chaque fois qu'il en a observées, elles revêtaient les caractères cliniques et anatomo-pathologiques de l'atrophie papillaire des tabétiques.

A côté des signes précis devant confirmer un diagnostic, il en est d'autres plus grossiers qui, connus des magistrats, seraient capables de les mettre en garde contre la possibilité d'une paralysie générale au début. M. Maxwell, avocat général à la cour d'appel de Bordeaux, soutenant cette thèse, demande que le congrès édicte en quelques formules simples et claires, les principaux symptômes de la paralysie générale au début.

Un point intéressant de l'étiologie de la paralysie générale a été repris par MM. Joffroy et Rabaud, c'est le rapport de l'influence de la nature de l'agent infectieux et du terrain dans le développement de la paralysie générale. Ces auteurs ont confirmé leurs arguments par l'observation de deux frères atteints de paralysie générale, appartenant à une famille de dégénérés. Comme antécédents personnels, on retrouvait chez l'un, l'alcoolisme et la syphilis, chez l'autre, le paludinisme et un surmenage physique excessif. Seule une hérédité lourde était la même pour tous deux. MM. Joffroy et Rabaud estiment, que « la méningo-encéphalite diffuse est provoquée avant tout par la nature du terrain cérébral,

Digitized by Google

et ensuite par l'existence d'un facteur externe, et non pas seulement par la seule influence de ce facteur. »

Les différences d'évolution des paralysies générales, survenant chez les sujets normaux et chez les dégénérèes, ont été rappelées par M. de Perry qui a insisté sur la lenteur de l'évolution chez les dégénérés.

MM. Dupré et Pagniez ont rapporté une observation curieuse de fausse grossesse chez une paralytique générale. A côté du délire de grossesse, on notait l'existence de troubles somatiques concomitants (volume et forme de l'abdomen, démarche, abolition des règles). L'accouchement fut ainsi conduit jusqu'au terme. Un point, intéressant à signaler dans cette observation, est l'absence complète de tout stigmate d'hystérie chez cette malade.

Dans une autre communication, les auteurs ont rappelé le rôle de la syphilis dans la genèse des paralysies générales juvéniles, ainsi que l'absence de délire, et l'aspect de la débilité mentale, qu'affectent les paralytiques généraux juvéniles. Ils ont rapporté dans cet ordre d'idées une observation intéressante de paralysie générale précoce d'origine heredo-syphilitique chez une débile, âgée de 23 ans.

VI

Syndrome et entité morbide sont deux conceptions sous lesquelles sont diversement rangées certaines modalités symptomatologiques. D'une façon générale, la notion du syndrome semble peut-être plus scientifique et moins théorique que celle de l'entité morbide, qui est empreinte d'un caractère, si l'on peut s'exprimer ainsi, plus suranné. Le syndrome groupe des faits, des ensembles ou physionomies symptomatiques similaires sans rien préjuger de leur étiologie, leur pathogénie, leur évolution, en un mot de leur nature intime, tandis que la notion d'entité morbide réveille l'idée de similitude de nature, assertion reposant le plus souvent sur de simples hypothèses, et en fait ignorée.

Cette notion du syndrome a été adoptée par M. Crocq dans sa conception de la catatonie.

Combattant les idées soutenues en Allemagne, il adopte la manière de voir de l'école française, qui considère la catatonie comme un syndrome ou plutôt un symptôme, contrairement à l'école allemande, qui veut voir dans la catatonie une véritable entité morbide.

Un effort dans le sens opposé a été tenté par M. Castin dans les observations, qu'il a présentées au sujet du délire des négations ou syndrome de Cotard. Pour lui, le délire des négations est une affection mentale distincte, ayant son étiologie, sa symptomatologie, son évolution, son pronostic, qui est très sombre, la mortalité étant de 12 sur 32.

Dans un ordre d'idées un peu différent, M. Ducosté a tenté d'isoler une nouvelle forme de neurasthénie, se développant chez les non-prédisposés sans hérédité névrosique ou vésanique, à l'oc-

Digitized by Google

casion d'un choc émotionnel, et qu'il propose d'appeler neurasthénie à interprétation pessimiste.

Avec M. Séglas, nous avons assisté à une étude particulièrement intéressante de cette question si discutée, qui divise actuellement les psychiatres, l'évolution des obsessions et leur passage au délire. M. Séglas a exposé la question avec un sens clinique judicieux dans une analyse psychologique minutieuse, profonde et finement observée.

Dans une analyse pathogénique de l'obsession, M. Séglas montre, que celle-ci n'est que la manifestation ultime d'un état de division de la conscience, capable de provoquer une éclipse momentanée de la conscience personnelle. Lorsque le processus de désagrégation évolue plus lentement, les idées obsédantes, formant de véritables synthèses partielles par leur tendance à la permanence, constituent des associations plus stables et s'enrichissent d'éléments nouveaux, qui provoquent une véritable cristallisation, appauvrissant de plus en plus la conscience personnelle. Celle-ci n'a plus de contrôle, de critique, elle a perdu tout rôle directeur; l'obsession règne en maîtresse. Tantôt cet état se continue; tantôt le sujet interprète ses troubles mentaux, dont il devient le spectateur impassible. Ainsi prend naissance un délire systématisé.

Rappelant l'idée singulière d'un donateur original, qui voulait favoriser les mariages entre géants, M. Meige a, dans une étude comparative du gigantisme et de l'acromégalie, fait observer, que s'il y a des géants, qui ne sont pas acromégaliques et des acromégaliques, qui n'ont jamais été des géants, il semble exister néanmoins un certain rapport, une certaine dépendance entre ces deux états, tous deux pathologiques; il estime qu'il n'y a pas lieu de favoriser par le mariage entre géants une tare pathologique et une monstruosité.

MM. Bodin et Dide ont signalé la présence du bacillus fluorescens putridus dans les selles d'aliénés atteints de diarrhée verte et M. Pichenot a relèvé quatre cas de mort subite par rupture du cœur chez des déments.

Dans quelques recherches historiques, M. Rouby a essayé par une sorte de diagnostic rétrospectif d'établir l'existence de troubles hystériques et mentaux chez plusieurs personnes ayant joué un rôle dans l'histoire de la Salette.

On a parfois reproché aux Congrès de laisser un peu de côté les questions de thérapeutique, qui cependant offrent un intérêt de tout premier ordre pour le praticien,

L'importance du traitement n'a pas été totalement négligé cette année, et indépendemment des questions de pathologie, auxquelles le traitement, étant intimement lié, n'en a pas été séparé dans l'exposition de diverses communications, nous relevons un certain nombre de travaux, dont l'objet visait uniquement la thérapeutique.

C'est ainsi que M. Bourneville, discutant la valeur des interventions chirurgicales dans le traitement de l'idiotie et de l'épilepsie, pense que, dans la première affection, le traitement chirur-

Digitized by Google

gical, reposant sur une hypothèse erronée (synostose prématurée des os du crâne) est aujourd'hui, et à juste titre, abandonné, et que dans la seconde, seule l'épilepsie traumatique est justiciable de la chirurgie. Une intervention opératoire peut rendre de réels services, mais le succès semble dépendre de la hâte avec laquelle l'opération aura été décidée et pratiquée.

A ce sujet, M. Obregia a rappelé que la sympathectomie jointe au traitement bromuré a amené une amélioration notable, que ne produisait pas la simple administration du bromure.

M. Berillon a donné une technique du traitement par la suggestion hypnotique des buveurs d'habitude. L'hypnotisation, qui n'a lieu qu'après l'examen psychologique du sujet et son adhésion à cesser toute habitude d'alcoolisme, prépare le sujet à une diminution graduelle, puis à la suppression de l'alcool, et le soutient pendant sa convalescence.

La suggestibilité toute particulière des alcooliques est rappelée par M. Régis, qui insiste sur le rôle étiologique de la timidité dans la genèse de l'alcoolisme.

Le traitement prophylactique des alcooliques récidivistes a été exposé par MM. Legrain et Guiard, qui ont surtout insisté sur la séquestration à temps, et le traitement forcé des alcooliques.

Abordant un véritable chapitre de « thérapeutique fonctionnelle », M. Bonnet, à l'avis duquel s'est rangé M. Crocq, fait une étude de la cure de désintoxications principalement chez les épileptiques, qui en ont retiré de réels bénéfices, et, dans certains cas, la guérison. Le lait constitue un aliment et un remède de choix dans cette cure de désintoxication.

MM. Faure et Coustensoux ont donné les règles et le détail méthodique constituant le massage des tabétiques, qui ne doit être confondu ni avec la mécano-thérapie, ni avec la rééducation. Mal compris et employé, il peut présenter de réels dangers, alors qu'appliqué avec méthode et à propos, il peut procurer des bienfaits incontestés au malade.

M. Deschamps étudie le rôle des agents physiques et mécaniques dans le traitement des hémiplegies organiques, et pense qu'en localisant l'excitation galvanique ou faradique on peut faire réapparaître les contractions musculaires normales et voir diminuer la contracture ; il estime que la gymnastique sous la forme de mouvements actifs ou passifs très modérés peut rendre des services.

Le traitement préventif ou curatif de certaines psychoses traumatiques a été abordé par MM. Picqué et Marie. Ces auteurs pensent que le rapport des psychoses avec le traumatisme, que celle-ci soit antérieure ou consécutive, doit conduire le chirurgien dans les premières périodes du traumatisme à ne négliger aucune indication opératoire.

Il n'est pas jusqu'aux émotions vives, dont l'effet curateur n'ait été rapporté. Ainsi se trouve rappelée cette ancienne notion, qui a cours dans certains milieux, et qui attribue à des émotions, à des impressions violentes un rôle salutaire dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. La psychologie expérimentale arri-

Digitized by Google

vera-t-elle à nous donner la clef de ces phénomènes et nous permettra-t-elle d'en formuler, sinon des lois précises, du moins des règles suffisamment approximatives avec les indications et les contrindications et peut-être leur pourquoi dans le traitement de certaines névroses et psychoses? Espérons-le.

Pour le moment nous n'en sommes encore qu'à la période de documentation. Aussi relevons-nous soigneusement, en en attendant de nouvelles, les deux observations rapportées par M. Hartenberg, dans lesquelles il signale les cas de deux malades atteints de paramyoclomus multiple, qui furent guéris de leur affection à la suite d'une violente émotion. M. Hartenberg pense que dans ces cas il s'agissait simplement de troubles purement fonctionnels, comparables, dans une certaine mesure, à ceux que l'on observe dans l'hystérie.

Par opposition à ces cas de guérison brusques, dont la cause émotionnelle a été fort probablement, il est du moins permis de le supposer, provoquée et occasionnée par le hasard, on peut relever la longue patience, la persévérance assidue, que réclame le traitement médico-pédagogique, appliqué par M. Bourneville aux enfants arriérés. M. Larrivé en a rappelé les bons résultats et il a demandé en conséquence, que cette éducation à donner à ces êtres inférieurs soit rendue obligatoire. M. Bourneville a insisté sur la possibilité d'obtenir une certaine éducation, constituant une amélioration et un progrès notables même chez les sujets les plus arriérés, chez des idiots complets, véritables bêtes humaines, sous l'influence d'un traitement bien dirigé et bien conduit.

Si le troisième rapport était cette année une étude médico-légale, un certain nombre de communications ont porté par compensation sur des questions d'administration et d'assistance.

M. Larrivé a signalé un quartier de convalescents, permettant les sorties d'essai, qu'il a créé dans son établissement, et qui a donné des résultats tout à fait satisfaisants. L'auteur a souhaité que ces sorties d'essai soient reconnues officiellement, le médecin, comme le pense M. Doutrebante, encourant actuellement une trop grosse responsabilité. Si bien que lorsque la famille ne veut pas prendre la responsabilité des actes commis par le malade, les sorties d'essai sont impossibles, ainsi que le croit M. Kéraval. Les bons effets des sorties d'essai ont été rappelés et reconnus par MM. Giraud et Doutrebante.

M. Doutrebante a insisté sur la nécessité de désencombrer les asiles, principalement les asiles de province.

Il y a deux moyens qui doivent être employés concomitemment pour arriver à ce résultat : 1° Construire des bâtiments nouveaux ; 2° Refuser les malades, qui viennent du département de la Seine ; chaque département devant avoir la charge de ses aliénés.

M. Bourneville a rappelé que le premier devoir des Conseils généraux était de veiller à ce qu'on ne reçoive dans l'asile que les malades du département.

Nous touchons ici d'ailleurs à un point véritablement nodal des questions d'assistance, dont la solution pratique est loin d'être

Digitized by Google

appliquée. C'est qu'en effet, une des plus graves difficultés, auxquelles on se heurte, est la question financière, en principe facilement éludable, en pratique inflexible dominatrice. Lorsqu'un asile de province accepte des malades du département de la Seine, c'est généralement pour augmenter la source de ses revenus, assez souvent minimes et insuffisants. Il est vraiment regrettable de constater l'état précaire, dans lequel végètent quelques asiles de province, et l'indifférence de certains Conseils généraux pour l'assistance et les soins à donner à ses aliénés. Comme toutes les fois qu'il s'agit de questions pratiques, on discute, on esquisse des plans séduisants, on annonce des améliorations et le progrès, on émet des vœux ; et après séparation, félicitations et témoignages de confiance dans l'avenir, les solutions s'estompent, et les affaires continuent paisiblement leur cours monotone et habituel, les modifications proposées dormant paisiblement dans le repos et le silence dans des cartons verts poussiéreux et religieusement respectés.

Une intéressante communication sur la chimie cérébrale a été présentée par M. Labatut, qui a étudié la constitution des bases organiques, qui existent à l'état normal dans la substance nerveuse. A cet effet il a commencé par constituer synthétiquement dix bases glycériques azotées et les a ensuite recherchées individuellement dans le cerveau. En constituant par synthèse des composés chimiques de constitution connue, et en recherchant ensuite, si ces composés, ainsi fabriqués en dehors des actions vitales, se retrouvent dans le système nerveux, M. Labatut s'est adressé à la seule méthode, qui permette de pénétrer la constitution intime de la chimie cellulaire, et qui consiste à produire des reconstructions synthétiques avec des éléments antérieurement connus et chimiquement définis et classés. Il ne suffit pas d'isoler d'un organe un composé actif, pour que sa constitution chimique soit connue ; et cette extraction pure et simple le laisse, scientifiquement parlant, toujours isolé du reste de la chimie.

Sur les dix bases glycériques azotées, que M. Labatut a constituées synthétiquement, quatre se sont rencontrées ayant leurs similaires dans la substance nerveuse. Deux de ces bases se sont trouvées dans les lécithines, les deux autres dans les nucléines de la substance grise. Ces derniers composés synthétiques ont présenté toutes les réactions chimiques et histochimiques des nucléines cérébrales. M. Labatut espère obtenir ainsi des composés non toxiques constituant de véritables aliments du tissu nerveux. C'est là d'ailleurs l'idée maîtresse poursuivie par M. Labatut, qui dans une conception plus générale estime que « par une voie semblable il est permis d'espérer l'obtention *d'aliments propres à chaque tissu ;* ainsi la thérapeutique de l'avenir se réduirait à une sorte d'alimentation adaptée à chaque tissu et en réparant les désordres histologiques [1] ».

[1] Cette dernière idée n'est pas formulée d'une façon explicite dans la communication de M. Labatut, qui s'est tenu plutôt sur le domaine des faits

Digitized by Google

L'étude particulièrement intéressante de M. Labatut nous révèle un point nouveau de la constitution biochimique du système nerveux dans ses éléments constitutifs. La chimie du système nerveux encore si peu connue et appelée à jouer un rôle primordial dans la physiologie et la pathologie nerveuses, en même temps qu'elle nous révèle le mécanisme intime des éléments moléculaires, qui composent les tissus, présente aussi le réel avantage de l'acquisition définitive de ses résultats. Lorsqu'une détermination exacte de la composition d'un corps quel qu'il soit, minéral, organique ou organisé, a été établie, le résultat ainsi obtenu est définitif, si la méthode suivie a été bonne. La connaissance intime des éléments, qui composent le tissu nerveux, de même que celle des modifications et altérations dans la chimie cérébrale sous l'influence des divers troubles morbides, est un chapitre ouvert, plein de conséquences et de découvertes, à la lumière desquelles un jour tout nouveau viendra éclairer nos conceptions scientifiques, et qui nous laisse entrevoir un horizon gros de résultats pratiques.

VII

La plupart des communications, rappelées dans cette rapide et synthètique esquisse de la physionomie et de l'allure générale du Congrès, ont été lues ou exposées dans les réunions. Il en est cependant quelques-unes, pour la connaissance desquelles il a fallu recourir aux comptes-rendus des journaux et des revues, les travaux n'ayant pas été présentés verbalement aux séances, et ayant simplement été déposés au bureau. D'autre part, certaines communications apportées au Congrès n'y ont été ni exposées par leurs auteurs, ni même déposées pour paraître ultérieurement dans les journaux et comptes-rendus. Cependant toutes les séances ont été occupées et bieu remplies. A vrai dire, il semble qu'en réalité le temps ait été un peu limité. C'est là d'ailleurs un écueil très fréquent, et qui est loin d'être particulier à cette année.

Parmi les divers moyens propres à obtenir une épargne de temps, nous ne croyons pas être trop exigeant en proposant un petit sacrifice (oh ! un tout petit) : faire imprimer avant l'ouverture du Congrès les résumés des communications, en en limitant l'étendue à une page ou deux au plus. Cette mesure présenterait plusieurs avantages : 1° L'auditeur connaissant le sens et la portée de la communication, l'orateur serait tenu à moins de développement, et pourrait, sans que la clarté et l'intelligence de son étude aient à en souffrir, abréger son exposition ; 2° Les communications se rapportant à un même sujet pourraient plus aisément être groupées et réunies ; 3° Prévenus de l'orientation et du contenu de chaque communication, ceux qui ont quelques observations à pré-

établis. M. Labatut a bien voulu nous développer sa pensée et le plan directeur de ses recherches dans une note, qu'il nous a gracieusement communiquée, ce dont nous sommes heureux de lui adresser ici nos remerciements.

Digitized by Google

senter pourraient préparer leur argumentation, et la discussion en serait d'autant plus intéressante ; 4° Le nombre et l'importance des travaux étant connu par avance, ceux-ci pourraient être répartis en raison de leur longueur et de leur nombre, d'une façon plus égale et plus uniforme entre les diverses réunions ; 5° Cette décision pourrait permettre de dédoubler parfois plus aisément les séances, si besoin était, sans que cette scission amenât trop de désarroi dans l'unité et l'homogénéité du Congrès, chacun pouvant se rendre dans la session la plus intéressante pour lui, sans pour cela ignorer le sens, le contenu et la portée des travaux, qui se discuteraient dans l'autre, instruit qu'il en serait par un compte rendu résumé de toutes les communications.

Cette mesure n'est d'ailleurs pas une innovation, ce n'est que l'application aux Congrès régionaux de ce qui se passe dans certains Congrès internationaux, où le résumé de chaque communication est imprimé et distribué avant l'ouverture de la séance.

Les avantages de cette modeste proposition ne sont donc pas seulement théoriques, mais ils sont encore reconnus et justifiés par l'expérience.

Le plus grand, on pourrait même dire le seul, inconvénient de cette mesure est le surcroit de dépenses, qui en résulterait pour le Congrès. Mais d'abord le prix n'en serait pas extrêmement élevé. Le nombre de communicationss ne dépasse guère celui de 50. Or chaque résumé, ayant de une à deux pages, on peut supposer que le nombre de pages à imprimer ne s'élèverait pas au-dessus de cent; c'est-à-dire que comparativement à toutes les autres dépenses, le montant de la somme exigée par cette innovation deviendrait à à peu-près négligeable, et pourrait facilement être économisé sur d'autres dépenses accessoires ou faux frais. En admettant même que l'économie ne puisse pas être faite, une petite élévation de quelques francs sur chaque cotisation individuelle ne serait pas une surtaxe écrasante, ni une lourde aggravation dans le budget de chaque congressiste, alors qu'elle pourrait être la source d'une réelle économie de temps, qui lui aussi est une richesse, dont il faut être avare.

NOTES & INFORMATIONS

Médecine des prisons. — *Mesures contre l'alcoolisme.* — L'Académie de médecine de Belgique vient d'adopter dans une de ses dernières séance deux propositions formulées dans la séance du 28 décembre 1901 par MM. Hegus et Masoin, et rédigées dans les termes suivants :

L'Académie souhaite que les médecins attachés par le Gouvernement au service des prisons soient choisis de préférence parmi ceux qui ont fait preuve de connaissances spéciales en psychiatrie et qui ont fait un stage dans le service des asiles d'aliénés.

L'Académie souhaite également que le législateur avise sans retard aux mesures à prendre pour combattre l'alcoolisme, mais elle ne se

Digitized by Google

prononce pas sur la question du monopole de l'alcool ni sur les autres moyens de prophylaxie, questions que l'Académie considère comme étant de la compétence du Parlement.

Personnel des asiles d'aliénés. — *Mouvement de septembre 1902.* — M. le Dr DIDE, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Rennes, est promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr PAPILLON, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), est élevé à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er juin 1902.

M. le Dr PICHENOT, médecin en chef à Montdevergues, est promu à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er octobre 1902.

M. le Dr BÉCUE, médecin-adjoint à Lafond (Charente-Inférieure), est promu à la 1re classe du cadre.

ANALYSE DES LIVRES

PSYCHOLOGIE DU DÉLIRE DANS LES TROUBLES PSYCHOPATHIQUES

par N. VASCHIDE et Cl. VURPAS[1]

Les auteurs se proposent de faire une mise au point critique des conceptions que les psychiâtres et les philosophes ont esquissées et soutenues à plusieurs reprises dans l'histoire de l'étude de l'activité mentale dans le délire. Après avoir défini ce dernier un trouble de la conscience ou plutôt des conceptions ordinaires, les auteurs montrent le rôle qu'il a joué dans les conceptions des antiques. Ils exposent les idées émises sur la psychologie du délire depuis Galien jusqu'aux temps modernes et résument les idées de Pinel et d'Esquirol. Pinel ne mentionne pas les délires dans sa classification ; pour lui, il n'y a que quatre formes de l'aliénation mentale : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotie. Esquirol fait rentrer dans le cadre des délires certaines conceptions étranges plus ou moins systématisées, le sujet restant dans ses diverses manifestations extérieures semblables aux autres hommes; il appelle monomanie ce délire partiel ; étudiant les troubles psychologiques qui semblent présider à la genèse des délires, il croit en trouver une cause importante dans ce fait que l'aliéné n'aurait plus la faculté de fixer et de diriger son attention.

Le délire est comparable à un rêve, pour Moreau de Tours. Il a pour origine, d'après Guislain, un trouble de l'activité cérébrale. Morel et ensuite Falret montrent que dans le délire toutes les facultés intellectuelles sont prises à la fois à des degrés divers. Pour A. Voisin, le délire peut être produit de trois façons différentes, par dissociation primitive des idées, par interprétation fausse de

[1] Masson éditeur, prix 2 fr. 50.

Digitized by Google

sensations réelles, par des hallucinations. Lasègue distingue du rêve le délire de l'aliéné et en rapproche celui de l'alcoolique.

Baillarger sépare très nettement de la folie le délire et croit que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. Cotard y reconnaît le plus souvent un défaut dans la direction de l'activité mentale et une insuffisance dans le pouvoir de synthèse psychique. Pour Régis, deux faits dominent l'histoire de la folie partielle ; le premier, c'est que l'élément symptomatique essentiel de cette affection est l'hallucination ; le second, c'est qu'elle aboutit à la transformation de la personnalité ; le délire n'est que la forme extérieure de la maladie.

Les auteurs montrent dans un chapitre spécial les rapports qui peuvent exister entre la folie, le rêve et le génie ; ils citent à ce propos les opinions de Ball. Comme J. Falret, ils sont d'avis que le délire n'est que la continuation de l'état mental antérieur du sujet. Il faut distinguer deux types ; l'un comprend une aliénation essentiellement évolutive, systématique qui se développe ordinairement sur un terrain cérébral non défectueux. Le second type comprend les folies qui se développent sur un terrain primordialement défectueux ; ce sont, suivant Magnan, Legrain et Sérieux, les folies dégénératives.

Les auteurs étudient ensuite la psychologie du délire d'après l'école allemande. Pour Griesinger, les délires systématisés dérivent toujours de troubles affectifs Schüle sépare la forme aiguë et la forme chronique du délire systématique. Les troubles sensoriels seraient bien plus actifs et plus variables dans le premier cas, dans le second ils seraient plus fixes. Pour Krafft-Ebing, il faut chercher les signes distinctifs d'une idée délirante non pas en elle-même, mais dans ses rapports avec les autres manifestations psychiques de la vie mentale. Le mécanisme de production d'un délire peut être comparé à celui d'un rêve dont le point de départ repose sur des phénomènes vrais.

Les auteurs consacrent deux chapitres à l'étude de la paranoia chronique et de la paranoia aiguë. Ils montrent combien les psychiâtres actuels sont loin de s'entendre sur la valeur de ces différentes formes mentales.

Jusqu'alors, disent les auteurs, on n'a étudié le délire qu'en artiste et littérateur ; presque toujours, la description des délires est symptomathologique ; on laisse de côté l'élément précieux de la genèse et du substratum psycho-physiologique. Jamais on ne trouve « le signe et le moment qui traduisent le début d'un délire ou qui en marquent la fin » ; le délire n'est qu'une « efflorescence d'une activité physiologique subconsciente qui existe, au même degré, dans ses éléments fondamentaux à l'état normal et à l'état morbide ». D'après les auteurs, l'association des idées est la manifestation psychologique autour de laquelle semblent pivoter la plupart des troubles mentaux ; peut-être est-ce là la clef de la genèse et du mécanisme psychologique des nombreux états que l'on est convenu de désigner sous le nom de délires.

Digitized by Google

Les auteurs se sont efforcés de synthétiser l'évolution des doctrines et des idées les plus importantes sur la structure du délire; ils ont atteint leur but.

L. MARCHAND.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Archives de Neurologie (1902, XIV, 2e série, n° 81, septembre).

Soukhanoff (Serge) et **Gannouchkine (Pierre)**. La paralysie générale, d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou. 193-206. — **Pailhas (B.)**. Dépression kératique et états encéphalopathiques graves. 207-220. — **Viallon** et **Alombert**. Une observation de sein hystérique. 220-227.

Assistance Familiale (L') (1902, 11e année, 3e série).

Legrain. Sur la convalescence des aliénés. N° 17, 15 septembre, 113-116.

Bulletin Médical (1902, 16e année).

Legrand (C.). Sur la psychologie du tuberculeux. L'optimisme. N° 72, 10 septembre. 773-776. — **Charpentier**. Hystérie. Déviation des règles. Guérison par suggestion. 776.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, T. CXXXV).

Guillemin (A.). Classement des accords binaires. Consonances et dissonances spécifiques. N° 9, 1er septembre. 396-399.

Echo Médical de Lyon (L') (1902, 7e année, n° 9, 15 septembre).

Thomas (P.). Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës. 257-268.

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Rémond (de Metz) et **Lagriffe (Lucien)**. Essai sur la classification en psychiatrie. N° 98, 2 septembre, 974-976; Essai sur la classification en psychiatrie. N° 99, 4 septembre (fin). 983-987.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1902, 15e année, n° 4, juillet-août).

Brissaud. Cécité verbale pure; ramollissement de la région calcarine gauche; dégénérescence du splenium et du tapetum du côté droit (5 pl. en photocollographie). 281-285. — **Sérieux (P.)** et **Mignot (R.)**. Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général. Lésions de méningo-encephalite (1 pl. photocollographique). 286-289. — **Séglas**. Démence précoce et catatonie (3 pl. photocollographiques). 330-348. — **Geyer**. La psychiatrie dans le théâtre japonais (3 fig.). 359-376.

Presse Médicale (1902, II).

Labbé (Marcel). L'alcool et la résistance de l'organisme aux maladies. N° 66, 16 août, 786-787. — **Séglas (J.)** et **Français (Henri)**. A propos du diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale. N° 77, 24 septembre, 915-916.

Revue de Médecine (1902, 22e année, n° 9, 10 septembre).

Féré (Ch.). La sensibilité à l'aimant (avec 32 fig.). 749-796.

Digitized by Google

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Scherb (G.). Un nouveau cas de torticolis mental. Rôle de l'idée fixe. Crainte de voir tomber la tête. N° 17, 15 septembre, 841-844. — **Pelnar (Joseph).** A propos des relations entre l'astasie-abasie et l'artériosclérose. 850-858.

Revue Philanthropique (1902, XI, n° 65, 10 septembre).

Rodiet (Antony). Les enfants alcooliques, causes et effets de l'alcoolisme pendant la première jeunesse. 542-558.

ALLEMAGNE

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, n° 152, 15 septembre).

Lundborg (Hermann). Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken. 553-560.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, XII, heft 3, Septembre).

Erbslöh (W.). Ueber einen Fall von Occipitaltumor, ein Beitrag zur Frage der Desorientiertheit, sowie zur Frage der Lokalisation psychischer Störungen. 161-199. — **Kaes (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 213-231.

Philosophische Studien (1902, Achtzehnter band, 2, Heft, 29 Août).

Seyfert (Richard). Ueber die Auffassung einfachster Raumformen. 189-215. — **Dürr (Ernst).** Ueber das Ansteigen der Netzhauterregungen (mit 4 figuren im text). 215-274. — **Wrinch (Frank S.).** Ueber das Verhältniss der ebenmerklichen zu den übermerklichen Unterschieden im Gebiet des Zeitsinns (mit 2 fig. im text). 274-328. — **Külpe (O.).** Zur frage nach der Beziehung der ebenmerklichen zu den übermerklichen Unterschieden. 328-346.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Zum Antwerpener Congress. N° 22, 30 Août, 249-251. — Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil-und Pflegeanstalt in Mauer-Oehling. 251-260. — **Lückerath (M.).** Die beiden ersten Jahre in Galkhausen. N° 23, 6 septembre, 265-272. — **Lorenz (Wilhelm).** Der Wiener Irrenthurm. N° 24, 13 Septembre, 273-277. — **Fries.** Bemerkungen zu einigen die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten und deren Entlassung betreffenden Fragen. N° 25, 20 Septembre. 282-285.

BELGIQUE

Annales de la Société Belge de Neurologie (1902, 7e année).

Crocq. Un cas de névrose traumatique grave. N°s 1, 3-11; Un cas de polynévrite avec psychose. 11-14 (Séance du 26 avril); La valeur clinique de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés. N° 2, 35-56 (Séance du 31 mai).

ÉTATS-UNIS

Alienist and Neurologist (1902, XXIII, N° 3, Août).

Hughes (C. H.). Extra-neural or adneural nervous disease 247-257. — **Lombroso (Cesare).** Puberty and genius. 257-266. — **Hughes (C. H.).** Extra-neural or adneural nervous disease. 266-279. — **Spitzka (E. C.).** A question of figures. 279-290. — **Wernicke (C.).** Outlines of Psychiatry in clinical lectures. 290-305. — **Krafft-Ebing (R.).** Pseudospastic paresis.

Digitized by Google

305-325. — **Kiernan (Jas. G.).** Dipsomania ending in paranoia. 325-335. — **Curran Pope.** The rational treatment of locomotor ataxia. 335-349. — **Hughes (C. H.).** A neuro-psychologist's plea for Byron. 349-351.

American journal of insanity (1902, v. LIX, n° 1, Juillet).

Stanley Abbot (E.). The criteria of Insanity and the Problems of Psychiatry. 1-16. — **Farrar (Clarence B.).** On the Typhold Psychoses. 17-51. — **Rush Dunton (William).** Some Points in the Diagnosis of Dementia Praecox. 53-61. — **Glanville Y. Rusk.** A case of Huntington's Chorea with Autopsy. 63-82. — **Meyer (Adolf).** On some Terminal Diseases in Melancholia. 83-89. — **Emmet C. Dent.** Hydriatric Procedures as an Adjunct in the Treatment of Insanity. 91-101. — **D. Berry (Walter).** Médico-Légal Phases of the Vermont Observation Law for Criminal Insane. 103-115. — **Jas M. Buckley.** The possible influence of Rational Conversation on the Insane. 117-127.

American Journal of Psychology (1902, XIII, N° 3, Juillet).

Sanford Bell. A preliminary study of the emotion of love between the sexes. 325-355. — **Buchner (Edward Franklin).** Fixed visualization: three new forms. 355-364. — **France (Clemens J.).** The gambling impulse. 364-408. — **Revere Randolph Gurley.** The habits of fishes. 408-426. — **Clark Sanford (Edmund).** Mental growth and decay. 426-450.

Psychological Review (The-) (1902, IX, N° 5, Septembre).

Studies from the Psychological Laboratory of the University of California; Communicated by Professeur George M. Stratton. **Stratton (George M.).** Visible motion and the Space Threshold. 433-444. — The Method of Serial Groups. 444-447. — **Nelson (Mabel Lorena).** The effect of Sub-divisions on the Visual Estimate of Time. 447-460. — **Mac Dougall (Robert).** The relation of auditory rhythm to nervous discharge. 460-480.

ITALIE

Annali di Freniatria (1902, XII, fasc. 3e, Septembre).

Sanna-Salaris (G.). Sulla conformazione del padiglione dell' orecchio nei Sardi normali, alienati, criminali e prostitute (continuazione). 216-239. — **Ferrio (Luigi)** et **Bosio (Emilio).** Sul modo di comportarsi dei riflessi nei vecchi, specialmente in rapporto colle fini alterazioni del midollo spinale nella senilita. 249-264. — **Albertotti (G.)** e **Bellini (G.).** Nuove note antropologiche e cliniche intorno all' idiota microcefalo B. Egidio, ricoverato nel R. Manicomio di Torino (con figure). 274-285. — **Roncoroni (L.)** e **Mathieu (A.).** Contributo allo studio dei prolungamenti protoplasmatici delle cellule nervose. 265-273.

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1902, VII, fasc. 8, Août).

Tanzi (E.). Sull' atrofia secondaria indiretta degli elementi nervosi. 337-360. — **Lambranzi (Ruggiero).** Su lo policlonie nella demenza paralitica. 360-362.

Rivista Mensile di Psichiatria Forense. Antropologia Criminale (1902, Anno V, N° 8, Août).

Botti (E.). La delinquenza femminile a Napoli. 263-275.

SUISSE

Archives de Psychologie (1902, I, n° 4 (4e fasc.), Juin).

Lemaitre (A.). Hallucinations autoscopiques et automatismes divers chez des écoliers (5 fig.). 357-379. — **Millioud (M.).** Le problème de la personnalité. 380-410. — **Fairbanks (K.).** Le cas spirite de Dickens. 411-415.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (22-X-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

ÉTAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE FAMILIALE

Par le Dr A. Marie,

Médecin en chef de l'Asile de Villejuif, Fondateur de la Colonisation familiale de la Seine.

Une revue ayant pour objet l'état actuel de l'Assistance familiale en ce qui concerne les aliénés vient à point au lendemain du 2e Congrès d'Assistance familiale, tenu à Anvers en septembre 1902 au point de vue spécial des malades mentaux.

Ce Congrès dans la terre classique des Colonies d'Aliénés a pleinement répondu aux espérances que nous avions fondées sur lui. Une analyse succincte des très nombreux travaux présentés à cette occasion suffira pour le montrer ; ce sera en même temps la meilleure synthèse de la question à ce jour. Le Congrès fut international et réunit des délégués officiels de tous les Etats principaux d'Europe voire même d'Asie puisqu'un Chinois et un Japonais y assistèrent. Beaucoup ont apporté l'exposé des applications actuelles de l'assistance en famille existant chez eux. L'ensemble de ces exposé forme comme une vaste enquête sur la question.

Ce sera certainement l'une des gloires du XIXe siècle d'avoir restitué la dignité de malades aux déshérités de la raison. Ni dans les colonies, ni dans les asiles fermés, on ne trouve guère trace des traitements odieux que les âges précédents infligeaient aux aliénés, et dont Esquirol traçait, en 1818, un tableau si navrant dans son rapport au gouvernement des Pays-Bas. Le XIXe siècle, a fondé, en quelque sorte, l'étude des maladies mentales, avec son début, coïncide l'éveil de l'assistance aux aliénés ; avec sa fin, commence la désagrégation des grands asiles en groupements différenciés : cliniques, asiles, hôpitaux, colonies agricoles et régime familial surveillé.

La mission du Congrès a été parfaitement définie par M. le ministre de la Justice Belge dans son discours d'ouverture : « Résoudre par la sagesse et par la science les questions qui touchent à l'assistance de malheureux frappés dans leur intelligence et auxquels il faut venir en aide par le réconfort du milieu. »

Le Congrès a démontré une fois de plus combien étroitement se trouvent liées entre elles les questions intéressant le progrès en matière d'assistance aux aliénés qu'il sagisse de no-restraint d'open door d'assistance familiale, d'augmentation du personnel médical, d'éducation professionnelle des auxiliaires de toutes espèces etc., etc.

Pour ériger l'assistance familiale en système corrollaire parallèle à l'assistance par les asiles fermés il faut une sélection des aliénés rigoureusement scientifique déterminant les catégories correspondant à l'un et à l'autre système, il faut aussi une entente

Digitized by Google

entre les deux organismes et supprimer les monopoles qui confisquent au profit de telle entreprise tout un stock de malades susceptibles de sélection en vue de l'assistance familiale.

Je rappellerai le texte du vœu général adopté à ce sujet :

Le Congrès émet le vœu que tous les établissements fermés publics ou privés soient pourvus de médecins en nombre suffisants (médecins, chefs et assistants résidents) et d'organisations annexes permettant l'application du régime familial sous une surveillance médicale effective, pour tous les malades actuellement internés qui pourraient en bénéficier, soient comme moyen curatif de convalescence, soit comme moyen d'assistance des chroniques tranquilles aptes à une liberté surveillée.

Comme on le voit, c'est le principe de l'assistance familiale libre que nous avons développé. Quant à ce que nous voulons combattre, c'est la méthode d'un autre âge, qui consiste à ne pas considérer les aliénés comme des malades ordinaires méritant des améliorations matérielles, mais à les considérer, un peu trop, comme une source de bénéfices.

Il ne s'agit pas de supprimer l'effort des initiatives privées pour y substituer purement et simplement l'Etat ; les deux doivent coexister et l'initiative privée a fourni d'admirables et respectables efforts.

Mais il faut en revanche, dénoncer cette fausse charité, qui à y regarder de près revient à une ingénieuse spéculation. Et ce que je dis est vrai des orphelinats d'enfants, de vieillards, des sourds-muets, des aveugles, des idiots comme des aliénés et sur toute la ligne la même distinction est à faire, mon rapport sur les asiles privés s'applique à toutes les catégories précitées aussi bien qu'à la question des aliénés.

Cette fausse charité concentre d'un côté entre ses mains sous le masque de la foi tout l'effort de la charité privée à qui on fait verser le maximum pour établir des bâtisses qui au lieu d'apartenir aux miséreux sont inscrites au nom de tel particulier ou de tel ordre, puis ce propriétaire réclame à l'Etat un prix de journée par chaque tête d'assisté, prix d'entretien qui rapporte à son tour des sommes dont les bénéfices vont aussi à la caisse première qui en peut faire tous les virements possibles. Ces bonis défendables pour les pensionnats payants le sont moins pour les indigents. De la sorte on confisque à son profit moral et matériel l'effort de la charité privée ainsi que la contribution publique, enfin on exploite à volonté le travail de ces serfs d'un nouveau genre reconstitués au XXe siècle sur le dos de la société.

Pour les orphelinats il a fallu en France qu'un évêque Monseigneur Turinaz, de Nancy, jette lui-même le cri d'alarme tant l'abus était flagrant. Il existe dans l'ordre d'idées des asiles des établissements analogues qu'il importe de réformer ou de supprimer.

Par quoi les remplacer ?

On ne peut effet du jour au lendemain construire des établissements publics équivalents ; mais si l'on considère qu'un grand nombre des malades de ces sortes d'établissements seraient mieux

Digitized by Google

placées dans des colonies familiales le question s'éclaircit et le problème se ramène en grande partie au développement, à la multiplication et à la généralisation des colonies familiales.

Le régime familial tel qu'il est pratiqué à Dun, à Ainay, à Gheel et à Lierneux, a rencontré des apologistes éloquents. Ils estiment donc que le régime familial est le traitement de l'avenir; il s'imposera dans l'immense majorité des cas de l'aliénation mentale. Il convient que la crainte inspirée par un dément fasse place à un sentiment de pitié; il y a, dans cette appréhension trop générale, un reste de barbarie qui doit disparaître. « Pourquoi, a dit M. Leroux, directeur honoraire des affaires départementales, les crimes des inconscients inspirent-ils plus d'horreur que les crimes bien autrement fréquents des passionnels? Nos populations de Gheel, de Lierneux et de Dun sont revenus de tels préjugés, et ce progrès moral considérable est à ajouter à ceux que l'on peut attendre des modifications à apporter au régime des aliénés. »

Les colonistes partent de ce principe général: l'aliéné peut et doit être traité comme les malades ordinaires, sauf à prescrire des précautions quand il est dangereux.

L'internement de l'aliéné correspond, somme toute, à l'isolement des contagieux, et la claustration ne peut se légitimer que lorsqu'elle est nécessaire; il y a un cruel abus à enfermer des aliénés inoffensifs dont certains sont si paisibles qu'ils travaillent dans les fermes, dans les brasseries et autres industries annexées aux établissements fermés.

La présomption du péril que l'aliéné fait courir à la Société découle d'un ancien préjugé, et les conséquences en sont affreuses. Il est intéressant de donner ici l'opinion sur la question du savant directeur de Lierneux. « Si l'on consulte, dit-il, les tableaux statistiques de l'encellulement et des moyens de contrainte, on constate que 40 p. o/o des malades ont été soumis pendant un temps plus ou moins long, à l'un ou l'autre moyen de coercition (mise en cellule, camisoles deforce, fauteuil de force, entraves aux pieds, etc,). J'admets que, par suite de l'insuffisance du personnel, du défaut du personnel, du défaut d'installation, etc., l'emploi des moyens de contrainte a été justifié, mais l'agitation une fois tombée, l'aliéné redevenu paisible, pourquoi continuer la réclusion, alors que l'on constate, et avec le temps, on en arrivera à cette constatation qui, il y a cent ans, eût été un rêve, — que très souvent l'aliéné peut être laissé en liberté, surtout lorsqu'on le sort du milieu où il trouve des causes même imaginaires, d'irritation et de violence; le régime des colonies évite aux malades trois choses douloureuses inhérentes à la vie des asiles: la séquestration, l'oisiveté et le contact avec d'autres aliénés. » Le docteur Peeters, de Gheel, estime qu'à l'asile les « stimulants habituels de l'intelligence font défaut, la famille, l'image réduite de la société et la société elle-même où l'homme à l'état normal recueille les impressions qui éveillent le travail de l'esprit, n'existent pas pour l'aliéné enfermé. »

Et dans le rapport sur la situation des asiles d'aliénés en Belgique présenté aux Chambres, en 1895, par M. Begerem, ministre

Digitized by Google

de la justice, on lit le passage suivant : « Il est permis d'affirmer que les asiles fermés contiennent de nombreux malades dont la place est marquée dans les colonies où ils bénéficient largement de la vie libre, tandis que l'internement constitue pour eux un supplice aussi douloureux qu'inutile. »

D'après les dernières statistiques ministérielles belges, l'application des moyens de contrainte dans les asiles fermés augmente progressivement. C'est là comme le fait observer Lwoff un symptôme capital de la valeur de ces établissements.

D'où provient la défectuosité ? Elle découle de ce principe même de l'assistance des aliénés Belges que n'importe qui, peut, sauf certaines formalités légales, ouvrir, gérer et exploiter un asile d'aliénés. Là est le fond de la question.

Du haut en bas de l'échelle, aucune garantie de compétence speciale n'est exigée. Les médecins peu nombreux, peu payés, non logés et non spécialisés sont obligés de s'appuyer sur la clientèle ordinaire pour vivre, et l'asile reste une garderie sacrifiée au lieu de devenir l'hôpital des aliénés.

A l'appui de cet avis et de ces critiques je me suis abrité dans mon rapport sous des témoignages nombreux dont je ne retiendrai ici que 2 que je me borne à citer sans commentaire.

« En Belgique, le régime est défectueux. Les maisons d'aliénés sont aux mains des particuliers. Je voudrais refondre tout cela. » (M. Le Jeune, ministre d'Etat au Congrès d'Amsterdan, 1901).

« Les traitements des médecins d'asile devraient être fixés d'une façon uniforme et non pas au prorata du nombre des malades. Vous devinez le motif : Dans la situation actuelle, les médecins ont intérêt à retenir dans l'asile des malades qui sont en état d'être rendus à la liberté ; or, il est toujours mauvais de placer un homme entre ses intérêts et sa conscience... N'y a-t-il pas lieu de craindre que dans les établissements privés, les aliénés ne soient victimes de la cupidité de l'exploitation ? » (M. le Dr Masoin, à la Société de médecine mentale de Belgique, 21 février 1896.)

Si je rapporte ces citations c'est qu'elles n'intéressent pas seulement la Belgique mais aussi tous les pays pourvus d'asiles privés analogues.

En Belgique comme ailleurs, il y a donc lieu de, dans les asiles publics comme dans les asiles privés, de procéder à *l'évacuation, après triage minutieux de tous les malades susceptibles de bénéficier d'une vie plus libre par l'assistance familiale.*

Telle a été la tendance finale du Congrès.

Il n'était point facile de mettre d'accord les défenseurs des asiles plus ou moins fermés et les partisans de l'assistance familiale. Mais il ressort des débats que la colonie convient pour tous les malades qui peuvent user de la liberté sans en abuser, qui aiment le travail et les distractions et qui ont encore de la place dans le cœur pour les sentiments qu'éveillent la société et la famille.

« On ne peut soutenir, dit le Dr Deperron, que le régime colonial soit appelé à remplacer absolument asiles les fermés, mais il peut s'appliquer à des cas déterminés et constituer une ressource

Digitized by Google

importante tant au point de vue économique que thérapeutique. »

Mais pour les malheureux réduits à la vie végétative ; pour les idiots placés au bas de l'échelle ; pour les déments organiques chez lesquels s'accomplit un travail continu de destruction de la matière cérébrale ; pour les déments paralytiques arrivés à la dernière période de leur affection ; pour les épileptiques à accès graves et fréquents ; pour les malades dont l'état de débilité physique s'aggrave par des déplacements faits *in extremis* ; pour tous les malades gâteux ou en voie de le devenir bientôt, les colonies, évidemment, ne peuvent supporter la comparaison avec les asiles spéciaux ; pour tous ces malheureux décrépits et voués à une mort plus ou moins prochaine, il faut une alimentation tonique, délicate, substantielle, une atmosphère douce, des ressources matérielles de toutes sortes qu'on trouve plus facilement réunis dans les hospices que chez les nourriciers.

Les questions mises en discussion étaient les suivantes :

1° Quelle est la situation actuelle et la valeur de l'assistance familiale des aliénés et l'assistance dans les asiles, aux points de vue scientifique, humanitaire et financier ?

2° Quels sont les malades appelés à bénéficier de l'assistance familiale et quels sont ceux auxquels convient plus spécialement l'asile ?

3° Comment doit-on organiser administrativement et scientifiquement les colonies et les asiles d'aliénés ?

4° Quelles sont les raisons qui nécessitent la fondation de nouvelles colonies et comment doit-on s'y prendre pour les fonder ?

Des visites d'études à Gheel et à Lierneux étaient placées entre les séances du Congrès pour augmenter l'objectivité des discussions.

Dans le discours d'ouverture prononcé par M. Van den Heuvel, on a fort remarqué le passage dans lequel il disait que, dans les mesures à prendre pour améliorer le sort des malheureux aliénés, il fallait tenir largement compte de toutes les mesures propres à sauvegarder la liberté individuelle.

Différents orateurs ont pris la parole sur les trois grandes questions suivantes :

I. Les établissements auxquels sont, en vertu de lois spéciales, conduites les personnes atteintes d'aliénation mentale, peuvent-ils mettre en action des procédés de plus en plus libéraux de séquestration ?

II. Existe-t-il des formes d'aliénation mentale justiciables d'emblée, ou après un certain temps de traitement dans un asile fermé, d'une somme de liberté dosée, selon les cas, par des procédés spéciaux ?

III. Quelle est cette somme, quelle est cette modalité de la liberté adaptable aux aliénés considérés ?

M. le docteur Kéraval[1], directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Armentières, délégué de la Société d'assistance familiale de Paris, a passé longuement en revue dans son rapport les divers traitements de l'aliénation mentale, dans les asiles, dans les colonies, à domicile, etc.

Digitized by Google

C'est l'*exposé comparatif de l'assistance familiale en Europe,* aussi éclectique que possible; l'auteur cherche à y dégager l'application des idées modernes sur l'assistance des aliénés, et à mettre en lumière le fonctionnement du *Régime de la liberté appliqué aux aliénés.* Les exemples étaient pris dans toute l'Europe, l'Amérique se trouvant réservée à un examen ultérieur, à cause de l'éloignement. Ce qui semblait avant tout désirable, c'était de convier les médecins de tous pays : 1° à individualiser tous les modes libéraux d'assistance, quelles que fussent les modalités mentales à traiter, c'est-à-dire à les adapter non seulement à leurs pays, mais aux diverses régions de leurs pays; 2° à individualiser les aliénés, c'est-à-dire à dispenser ces formes d'assistance selon l'état du caractère de chaque malade, car il est impossible *à priori* de décider, par A plus B, quelles sont les maladies mentales auxquelles convient chaque genre d'assistance.

Asile fermé modernisé, colonie agricole annexe, colonie familiale à l'intérieur de l'asile, village d'aliénés, asiles à portes ouvertes, colonie familiale près de l'asile, colonie familiale indépendante, traitement à domicile d'emblée, traitement à domicile après séquestration, tels sont les moyens à utiliser.

« *La séquestration absolue et continue des aliénés nous paraît avoir vécu*, conclut Kéraval. »

Tel semble également avoir été l'avis de la majorité de ceux qui s'occupent de l'assistance des aliénés, quels qu'aient été le titre et le texte de leurs rapports ou de leurs communications. Dans l'exposé des appréciations qui ont été produites par d'honorables confrères la même idée dominante a, croyons-nous, aussi percé.

Mais reprenons par matières les grandes lignes de l'étude d'ensemble de l'assistance familiale et de l'orientation moderne de l'assistance aux aliénés.

I

L'hôpital ouvert et l'assistance familiale

Le thème suivant a été posé par MM. les Drs Alt. Keraval, M. le Pr Francotte, M. H. Leroux, Dr Voisin et moi :

Si la société a le droit incontestable de se défendre contre les dangers que peuvent lui faire courir certains malades, tels que contagieux, impulsifs, etc., en procédant à leur isolement, elle a le devoir de ne les priver de leur liberté qu'en cas de nécessité absolue. En conséquence le Congrès

Emet le vœu :

Que l'internement des aliénés cesse d'être la règle générale et ne soit prononcé que contre les aliénés reconnus dangereux;

et que l'hospitalisation familiale sous toutes ses formes soit préconisée et appliquée dans la plus large mesure.

Corrollaire : Considérant que l'accès facile et l'entrée précoce à l'*hôpital psychiatrique de traitement* sont le plus sûr garant de guérison de la folie, le congrès émet le vœu que toutes facilités

Digitized by Google

soient données au traitement externe comme à l'admission rapide en traitement des malades dès les 1er signes de maladie et sans certificat constamment obligatoire.

Le Dr A. Buffet, d'Ettebrück, a préconisé le système allemand et Luxembourgeois du « *freie Stelle* » ou placement libre, analogue à l'entrée en traitement dans les asiles anglais sans certification préalable.

M. le professeur Olah, de Budapest, a ainsi résumé la tendance sur ce point :

« Tout ce qui empêche les asiles d'appliquer les méthodes de traitement et de prophylaxie avec l'efficacité possible doit être combattu, car l'opinion courante dans le public sur les affections mentales, s'alimente de l'impuissance qui en résulte.

» Les asiles doivent se rapprocher de la vie publique et prendre le caractère d'organes sociaux de prophylaxie, en établissant des cliniques publiques gratuites, et le contrôle du traitement dans la famille.

» Tout asile qui reçoit des malades sortant directement de la vie publique doit porter un nom où se trouve la mention des affections nerveuses. Par exemple : asile public (ou de l'Etet), pour affections nerveuses et mentales.

» Une dénomination indifférente manque le but.

» Les formalités de l'admission doivent être réduites.

» Le placement dans un asile d'aliénés ne doit pas nécessairement entrainer l'incapacité civile.

» Dans l'installation, la dénomination, le caractère, etc., des asiles, tout doit être disposé de telle sorte qu'il puisse entrer dans l'esprit du public que l'affection mentale résulte d'une atteinte corporelle analogue à toutes les autres affections nerveuses. »

Par contre, si l'on a préconisé des facilités d'entrée dans l'hôpital asile, on a réclamé des garanties particulières pour la déclaration de sequestration.

M. de Gueldre a exposé l'insuffisance des garanties légales entourant la collocation des aliénés en Belgique comme en France. La collocation sur simple certificat d'un médecin donne lieu à bien des abus et erreurs. Ce certificat devrait toujours être confirmé par deux médecins-légistes spécialistes, d'après le rapport desquels le pouvoir administratif prendrait une décision. Dans les cas urgents l'intéressé pourrait être interné en attendant ce rapport, mais cet internement ne serait que provisoire, c'est en partie la réforme légale en instance chez nous et le quartier d'observation préalable réclamé en France.

M. Crocq, médecin en chef de la maison de santé d'Ucle a présenté un excellent rapport dans le même sens que moi sur l'amélioration médicale des asiles fermés. M. Crocq estime que tous les asiles pour indigents devraient être administrés par l'autorité publique, de préférence à l'initiative privée, et que d'une façon générale le système du médecin-directeur est le meilleur.

D'autre part, M. Crocq demande la création d'un diplôme spécial de médecine mentale ; seuls, les docteurs en médecine psychiatrique pourraient être nommés médecins des asiles. La loi devrait

Digitized by Google

accepter un maximum de cent malades pour un médecin et exiger qu'un médecin au moins habite chaque asile. Enfin, la loi devrait exiger la spécialisation complète et interdire la clientèle courante. Ces principes seraient aussi bien applicables à l'organisation de l'assistance familiale qu'à celle des asiles fermés.

M. Cuylits, médecin chef de l'asile d'Evere, a combattu les arguments de M. Crocq, pour conclure en faveur des asiles privés contre les colonies et asiles publics ; pour lui, l'initiative particulière apporte des qualités de cœur et d'intelligence que ne saurait donner un service de fonctionnaires. J'ai protesté de toutes mes forces contre cette prétention de l'initiative privée à monopoliser le cœur et l'intelligence, que l'on peut trouver aussi bien dans les services publics que privés.

MM. les docteurs Clauss et Swolfs ont aussi défendu l'asile fermé, privé en particulier; pour eux tout y est pour le mieux dans le meilleur des mondes ou du moins ne tardera pas à y être. Conclusion, hors de l'asile fermé, pas de salut. L'open-door et la pleine liberté y sont pratiqués, disent ces docteurs, depuis longtemps et sans bruit. Pour eux, la centralisation manicomiale est la seule garantie d'une rigoureuse hygiène, d'une surveillance facile par un personnel stylé et d'une illusion de liberté dosée parallèlement à un travail-rendement vraiment rémunérateur réduisant les charges au minimum.

Quant à l'assistance familiale, elle serait de plus en plus discréditée aux yeux des aliénistes et philanthropes, et disparaîtra à mesure que les asiles se perfectionnent et que la sequestration mieux comprise est plus généralement appliquée.

Ainsi, suivant le docteur Swolfs, se trouvera réalisé et appliqué le meilleur mode éclectique d'assistance scientifique conciliant tous les régimes et traitements, (on voit d'ici l'éclectisme de la tendance). Suivent les critiques de l'assistance familiale de Gheel. Mais, chose inattendue, ces critiques sont non pas le résultat d'un examen personnel consciencieux et récent, mais l'exhumation pure et simple des critiques formulées par Falret il y a plus de quarante ans.

La réimpression de l'étude du regretté maître faite en 1891 a, paraît-il, été cause de l'erreur, et cependant M. Swolfs était à portée de s'édifier lui-même.

M. le Dr Clauss préférant aussi le système de la séquestration dans les asiles, a critiqué particulièrement le système belge de l'envoi direct à la colonie des cas aigus les plus divers ; il faut, dit-il, une étude sérieuse dans un asile central pour vérifier tous les cas d'aliénation qui pourraient être confiés au régime des colonies.

M. Peeters a pris la défense de la colonie de Gheel et a fait remarquer, pour réfuter les arguments avancés par M. Swofls, qu'il n'avait jamais été question à Gheel ni ailleurs, de ne pas faire un choix scientifique minutieux. L'infirmerie de Gheel y tient lieu de passage préalable à l'asile, si tous les malades à placer, dit-il, passaient forcément par les asiles fermés privés, bien peu

Digitized by Google

en sortiraient pour la colonie, car ces établissements préfèreraient les garder pour leur prix de journée.

Une vive discussion a eu lieu à ce propos entre les membres du congrès ; M. Tamburini y a pris part et l'a close en disant que tous les efforts doivent tendre à améliorer, pour autant que cela serait encore possible, les colonies aussi bien que les asiles. J'ai moi-même fait oberver qu'on ne doit pas opposer l'un à l'autre, mais compléter l'un par l'autre.

La situation du médecin aliéniste tant dans l'asile que dans la colonie ayant la plus grande importance pour le progrès du régime des aliénés, le Congrès avait compris ce point, dans son programme. C'est M. le docteur Deventer qui l'a développé ; voici ses conclusions sur ce point ;

« La direction de tout hôpital, et conséquemment de tout asile et colonie d'aliénés, appartient au médecin. L'expérience a démontré, à maintes reprises, qu'en présence de deux autorités administratives, de nature différente, des conflits regrettables ne peuvent être évités.

Un directeur non médecin, quelles que soient les qualités de son cœur et de son intelligence, est incapable de s'assimiler les devoirs du médecin.

La séparation du service administratif du service médical ne peut se faire qu'au détriment des malades, le médecin, en raison de sa science et de son expérience, étant seul juge au sujet des mesures administratives à prendre. Aussi, le médecin directeur ne pourrait être appelé à ces fonctions qu'après avoir fait un stage préalable dans un asile et avoir prouvé qu'il possède des qualités administratives.

Le principe de la nécessité de l'union des fonctions médicales et administratives est généralement admis en Hollande par les hommes compétents.

Le rôle de médecin-directeur est plus important que jamais depuis l'introduction de l'enseignement professionnel des infirmiers, depuis la tendance progressive à la multiplication des quartiers aux portes ouvertes et des colonies familiales.

Le médecin-directeur ne peut se laisser absorber totalement par le service administratif. Il est désirable qu'il ait dans ses attributions le traitement d'un certain nombre de malades, qu'il s'occupe de travaux scientifiques dans les laboratoires, etc. Il lui appartient aussi d'introduire dans son établissement les nouveaux procédés d'examen et de traitement des malades.

Tout établissement d'aliénés devrait s'attacher un médecin spécial pour s'occuper des recherches anatomo-pathologiques, des examens psycho-physiques, etc.

Afin de faciliter le goût pour les études psychiatriques, il est désirable que les asiles s'attachent des médecins volontaires, avec le titre d'assistants, s'engageant pour un terme minimum de six mois et se soumettant au règlement de la maison. »

L'Assistance familiale se trouvant posée parallèlement à l'assistance en asile comme méthode générale systématique complémen-

Digitized by Google

taire il s'ensuit qu'on a mené de front l'examen des réformes souhaitables dans l'un et l'autre système. C'est ainsi que, après l'examen des formalités de mise en traitement à l'asile et à la colonie, à l'hôpital de traitement ou en famille, on s'est préoccupé de réformes intérieures à préconiser dans ces diverses espèces d'institutions. L'organisation thérapeutique et scientifique de l'asile comme de la colonie ont été l'objet de rapports et discussions qu'il serait trop long d'aborder, qu'il suffise d'en rappeler quelques conclusions :

« Le Congrès d'assistance, reconnaissant qu'il est indispensable que les aliénés bénéficient des progrès actuels de la chirurgie, émet le vœu que l'assistance chirugicale des aliénés soit organisée régulièrement dans les colonies et asiles de l'Etat et qu'elle soit rendue obligatoire dans les établissements privés. Proposition du docteur Picqué.

Un vœu analogue en favveur de l'installation de laboratoires de recherches scientifiques dans les colonies et les asiles a été adopté sur la proposition de M. le Dr Havet, chef de laboratoire de la colonie familiale de Gheel.

La mortalité par suite de lésions tuberculeuses est très élevée dans les établissements d'aliénés. La tuberculose frappe surtout certaines classes d'aliénés; la folie elle-même semble y prédisposer, mais il est certain que les conditions de la vie dans les asiles favorisent l'éclosion et la dissémination du mal. La tuberculose existe souvent à l'état latent, et, même quand on soupçonne qu'elle existe, sa constatation positive est difficile, parfois impossible chez l'aliéné. Et il est important de la diagnostiquer à son origine, pour pouvoir prendre en temps opportun les mesures nécessaires. Quand l'examen physique complet aura démontré l'existence de la tuberculose, il y a une mesure capitale à prendre: l'isolement. Des quartiers spéciaux devront être construits et organisés à cet effet; mais, en attendant qu'une installation convenable soit faite il existe une ressource précieuse et qui permettra de combattre efficacement l'extension du fléau : c'est le placement dans la colonie, où les malades vivent séparés, un à un, dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Les nourriciers qui acceptent des malades de ce genre, doivent naturellement être mis au courant des précautions à prendre dans l'intérêt de leurs malades et dans leur propre intérêt. (Dr Peeters).

A la suite de l'exposé de M. le Dr Peeters j'ai rappelé l'initiative prise avec M. le Dr Toulouse au Congrès de 1900 à Paris et fait adopter par le Congrès un vœu pour l'isolement des aliénés tuberculeux tant dans les asiles que dans les colonies.

Dans le même esprit le Congrès a voté le vœu de M. Alt s'appliquant à toutes ces espèces d'établissement d'assistance spéciale.

Le Congrès estime que les progrès de la science phsychiâtrique contemporaine condamnent l'emploi des moyens de contrainte.

L'examen des conditions du recrutement et de l'éducation professionnelle des auxiliaires du médecin tant à la colonie qu'à l'asile s'imposait aussi.

Digitized by Google

L'enseignement professionnel des infirmiers et nourriciers d'aliénés a été étudié par le Dr Van Deventer, comme rapporteur.

« S'appuyant sur les principes posés par la Société néerlandaise de psychiatrie relativement à l'amélioration du personnel des asiles, il rappelle qu'il appartient à tous ceux qui font partie de l'administration des colonies et asiles, aussi bien aux commissions administratives qu'aux médecins, de veiller d'une manière continue à l'amélioration radicale du personnel; à cet effet une réorganisation générale de ce personnel s'impose; dans la situation actuelle, les commissions administratives qui auront à procéder à la nomination d'un médecin en chef, auront à imposer, comme première condition, que celui-ci mettra tout en œuvre pour améliorer sans cesse le personnel; ce but ne peut être atteint qu'en donnant toute autorité au médecin en chef qui doit être, d'après Guislain, le chef responsable; l'art de soigner les malades et conséquemment les aliénés, est, comme toutes les connaissances humaines, une science et un art qu'on ne rencontre que rarement à l'état inné. Généralement on n'acquiert ces connaissances que par l'enseignement spécial; une commission composée de trois membres procèdera, une fois par an, à l'examen des personnes qui se seront préparées pour l'obtention du diplôme de capacité sur l'art de soigner les aliénés.

Les matières enseignées sont les mêmes que dans les programmes de nos écoles françaises à propos desquelles le Congrès a rendu hommage à l'œuvre du Dr Bourneville.

En Hollande on a obtenu que tout le monde passe par l'école d'instruction, les infirmiers des asiles confessionnels protestants et catholiques s'y sont soumis et ont organisé des écoles conformément au programme officiel. Un jury commun se transporte pour le contrôle de l'enseignement et la collation des diplômes. C'est là un fait d'autant plus intéressant que chez nous la toute récente circulaire de M. Combes aborde seulement la question. A propos du rapport du savant médecin hollandais, sur l'instruction professionnelle aux infirmiers et nourriciers, on a rendu hommage aussi à l'œuvre de Mme Van Deventer qui a organisé l'école modèle des infirmières à Merenberg, on sait que là les services d'hommes sont comme ceux de femmes pourvu d'un personnel d'infirmiers femmes dont le Congrès d'Amsterdam a pu en 1901 admirer la tenue. A ce propos il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'en assistance familiale c'est l'office de la femme nourricière qu'on escompte tant pour l'aliéné homme que pour l'aliéné femme, placés en famille.

On a discuté assez longuement. Personne n'a osé nier l'utilité de l'instruction, aussi bien pour les nourriciers des colonies que pour les infirmiers civils ou religieux. M. Deventer a fait voter le vœu suivant :

Il importe que le personnel attaché aux colonies et aux asiles reçoive une instruction théorique et pratique. Cette instruction doit être confiée au corps médical des asiles.

Digitized by Google

MM. Meeus et Sano ont parlé plus spécialement de l'instruction professionnelle du nourricier, et de l'amélioration de leur situation morale et matérielle. J'ai avec eux préconisé une méthode d'instruction pratique à donner au personnel subalterne et aux nourriciers des colonies, comme je l'ai pratiquée avec M. le Dr Vigouroux à Dun même durant 3 années. Le point particulièrement intéressant et nouveau abordé par M. Meeus a été l'organisation des coopératives mutualistes et retraites entre nourriciers.

Un vœu de M. le Dr Deperon, de Lierneux, tendant à limiter à huit heures le travail des infirmiers et nourriciers, a été rejeté. On a adopté, en revanche, ma proposition demandant qu'on évite le surmenage du personnel des asiles et colonies, pour indiquer la tendance du Congrès dans cet ordre d'idées.

L'encombrement des asiles dans ses rapports avec l'assistance familiale des aliénés a fait également l'effet d'une étude particulière, j'ai eu l'honneur d'en être chargé et j'ai conclu qu'il y avait lieu de procéder à la sélection progressive des aliénés pour spécialiser certains services en service de traitement, les autres restant asiles proprement dits.

A cet effet, il importe de limiter le temps moyen de séjour des malades dans les services de traitement, afin d'assurer le désencombrement et l'évacuation méthodique des cas anciens tendant à la chronicité.

Une moyenne de deux ans de séjour (Esquirol) semble indiquée, étant donné que c'est dans les deux premières années de l'internement que les statistiques montrent le maximum de sorties par guérison confirmée.

On assurera ainsi des places libres dans les sections d'aigus, permettant l'internement précoce des cas récents et l'institution de l'hôpital de traitement pour maladies mentales et nerveuses,

Les services d'aigus devraient avoir comme annexes des sections ouvertes pour convalescents, sections qui seraient elles-mêmes désencombrées facilement par sorties d'essai avec ou sans secours représentatif transitoire. Les secours pourraient être octroyés directement au malade même comme actuellement ou attribués à la famille (assistance familiale directe); le patronage des convalescents doit être développé pratiquement et complété par le patronage familial, indirect et transitoire, c'est-à-dire qu'il sera appliqué aux convalescents dans les familles étrangères, de deux façons: aux environs des grands asiles et près des villes pour les patronages de convalescences courtes; dans les colonies familiales de chroniques, à la campagne, pour les convalescences longues.

Dans ce dernier cas, le patronage restera économique.

On placerait par exemple à la campagne, chaque printemps, un certain nombre de malades à tenir pendant quelques mois loin des milieux agglomérés qui ont participé à la genèse de la maladie.

Sorties d'essai avec secours, patronage de convalescence ordinaire, patronage familiaux de convalescence, directs ou indirects,

Digitized by Google

urbains et ruraux, seront soumis à une surveillance médicale active et spéciale.

Pour les chroniques à éliminer, on peut encore spécialiser inversement certains services des asiles actuels en chronics-blocks d'attente. Là seront triés à leur tour les chroniques entre eux.

Une partie, après examen spécial, sera réservée à la colonisation familiale des séniles de toutes catégories et des deux sexes, répartis en centres de colonisation plus ou moins nombreux, plus ou moins éloignés des grands centres.

Une autre partie, dont une enquête permettra d'établir la situation de famille pourra être confiée aux proches ou amis qui en feront la demande moyennant un secours permanent représentatif variable, ne pouvant dépasser en tous cas le coût de l'assistance familiale ordinaire.

Cette colonisation urbaine plus délicate à developper sera soumise à une surveillance médicale spéciale tout comme les placements familiaux autres (*Exemple de Berlin*). L'échec du système des Vosges a tenu en France à l'oubli de ce principe. Cette surveillance, bien que spéciale, comporte une participation active des médecins ordinaires du traitement à domicile, initiés à la spécialité.

Les chroniques restant, hors d'état de bénéficier du placement familial, seront enfin divisés eux-mêmes en deux dernières catégories.

1° Chroniques turbulents et malpropres, qu'on réunira en chronics-blocks fermés, économiques au voisinage des grands asiles actuels;

2° Des chroniques adultes-hommes dans la force de l'âge, utilisables pour le travail-rendement seront catégorisés selon les aptitudes et groupés par 100 ou 200 dans des bâtiments ouverts, achetés à bon compte, simplement remaniés et adaptés à l'hospitalisation par petits dortoirs se rapprochant de la maison de famille. A ces cottages ouverts seront annexés des cultures maraichères ou des ateliers variés d'industries simples et faciles, telles que chaussonneries, brosseries, sacs à papier, chaises, paillage et autres ouvrages.

Pour tous ces moyens d'assistance des chroniques, le principe économique à adopter sera de maintenir au-dessous de 25 °/₀ du total budgétaire la proportion des frais généraux de personnel et administration.

Les premières mises d'installation seront réduites au minimum en évitant les frais de constructions neuves et utilisant des bâtiments choisis *ad hoc* à proximité des grandes voies de communication.

L'entretien primitif et l'organisation initiale du travail pourront, au début, entraîner un taux supérieur à 25 °/₀, mais le rendement du travail devra venir en défalcation pour une part, de façon à réduire la proportion des frais généraux. (Il pourrait peut-être même rester un excédent de boni applicable au patronage extérieur.)

Digitized by Google

Enfin au point de vue spécial de l'assistance familiale, l'organisation du travail pour les aliénés soignés dans les environs d'un asile central a été également étudiée par le Dr Van Deventer.

L'aliéné confié au régime familial doit être considéré comme un membre de la famille du nourricier, c'est-à-dire qu'à tout point de vue il doit pouvoir jouir totalement de la vie de famille.

La mission du nourricier est d'atteindre ce but. Il tâchera de faire de l'aliéné un être utile en l'occupant par le travail.

D'une manière générale, le nourricier occupera une maison à laquelle sera attachée une parcelle de terrain qui permettra de procurer à l'aliéné un travail au grand air et de le mettre au courant des différentes parties du travail agricole.

Le corps d'infirmiers sera recruté parmi les candidats au courant d'un métier afin qu'on puisse les utiliser ultérieurement comme nourriciers-infirmiers au cas où ils désireraient contracter mariage.

Les familles des nourriciers donnant des preuves d'aptitude spéciale pour occuper leurs malades, recevront la préférence pour le placement des aliénés.

La distribution du travail sera confiée à des chefs infirmiers (hommes et femmes) au courant des différents métiers à exécuter par les malades. Ces chefs agiront sous la direction du médecin.

Les aliénés pourront être confiés à leurs familles si celles-ci habitent ou viennent habiter la Colonie.

Dans certains cas les aliénés appartenant au régime familial pourront être occupés à l'asile central. Ils seront alors confiés à des ouvriers attachés à l'asile central et qui les accompagneront pour aller au travail et pour en revenir.

Les nourriciers et les nourricières devraient recevoir une instruction *spéciale*. On leur donnerait des conférences supplémentaires sur l'organisation du travail. Les aliénés recevraient également des instructions particulières sur l'exercice de leur profession.

La Colonie devrait disposer d'un local particulier où pourraient se réunir à titre de récréation, non seulement les aliénés, pensionnaires et indigents, mais encore le personnel de l'asile et de la Colonie. Ce rapprochement favoriserait les liens de charité indispensables à tous les membres de la Colonie.

Certains aliénés, en recevant une indemnité pour leur travail, s'en ressentiraient avantageusement en se rendant comptes des services qu'ils rendent [1]. On voit la tendance très nette de ces conclusions sur lesquelles je ne saurais assez attirer l'attention. Que d'asiles ou le travail est insuffisamment organisé par lequel le personnel des services spéciaux ne s'y prête pas et ne se doute pas de son rôle supérieur qui devrait faire de l'asile une école professionnelle de réapplication au travail en vue du reclassement social de l'aliéné.

[1] En Allemagne, Russie, Hollande et Belgique même la plupart des asiles n'attribuent pas de pécule aux aliénés travailleurs.

Digitized by Google

I

Assistance familiale comparée

1° Assistance hétérofamiliale.

L'assistance familiale des aliénés dans la Basse-Autriche a été exposée par M. Fedor Gerenyi, délégué de la Diète de la Basse-Autriche. Dès 1854, le baron de Mundy préconisait en Autriche, l'Assistance familiale des aliénés et il en fit l'objet d'une thèse inaugurale. Appelé à donner son avis pour la construction de différents asiles, il ne put faire accepter ses idées, pour lesquelles il avait cependant voyagé dans tous les pays civilisés. Il avait fait à Gheel un séjour prolongé de six mois.

L'augmentation du nombre des aliénés nécessita, en ces dernières années, la construction de nouveaux asiles. Celui de Kierling-Gugging, à pavillons séparés, nouvellement ouvert, contint 600 malades.

C'est là qu'on fit la première et prudente tentative de colonisation. Mais par suite du manque de place, les règlements statutaires prescrivaient de ne conserver à l'asile que les malades curables ou dangereux ; les incurables inoffensifs devaient être renvoyés dans leurs foyers. Les communes auxquelles ces aliénés étaient à charge, les envoyaient alors aux hôpitaux de campagne, établis pour venir en aide aux communes mais nullement organisés pour le traitement des aliénés ; les malades redevenaient alors agités et étaient envoyés à l'asile, et ainsi le cercle vicieux continuait.

A l'occasion d'un nouveau projet d'hôpital de campagne, la question de réformer l'assistance des aliénés fut soulevée et le Landtag vota les résolutions suivantes :

1° Tout asile de la Basse-Autriche devra dorénavant être installé à la fois pour le traitement des aliénés curables, pour l'assistance des incurables et pour la colonisation des malades non dangereux.

2° Les incurables qui savent travailler iront à la colonie; les incurables qui ne peuvent travailler doivent rester dans une division de l'asile.

C'est sous ces conditions que le Landtag adopta l'érection de l'asile de Mauer-Oehling pour 1000 assistés, au prix de 4 millions de couronnes. Cet asile a été inauguré et mis en usage le 2 juillet 1902, la colonie familiale de cet asile comprend huit maisons disposées et mises en usage comme celles du Dr Alt, à Uchtspringe.

On peut s'étonner de voir accorder pareille somme pour commencer l'organisation de l'assistance familiale, alors que dans tous les autres pays, c'est avec de modestes ressources que les installations ont débuté, mais on a voulu créer un centre psychiatrique suffisamment important pour dominer l'organisation et la faire entrer, dès le début, dans la voie normale de son développement.

C'est Monsieur le Dr Alt d'Uchtspringe, président du Comité allemand qui a exposé ce qui a été fait en Allemagne au point de vue de l'assistance familiale.

Depuis la visite de la délégation Allemande aux colonies de la Seine, l'Allemagne a crée 20 colonies assistant près d'un millier

Digitized by Google

d'aliénés outre la colonisation urbaine de Berlin que j'ai décrite avec M. le Dr Manheimer-Gommés.

On connaît le caractère très particulier des colonies familiales allemandes primitivement annexées aux asiles sous forme de villages artificiels répartissant par escouades dans des cottages ad hoc les malades groupés sous la direction de ménages d'infirmiers.

Depuis 5 ans l'Allemagne a créé ses nouvelles colonies se rapprochant du type Dun et greffées sur des villages ordinaires.

Monsieur le professeur Tamburini, directeur de l'Institut psychiatrique de Reggio en Italie, a préconisé pour obvier à l'encombrement des asiles du pays, un système mixte consistant à loger les aliénés dans les villages avoisinant l'asile et à les soumettre à la surveillance directe des médecins attachés à l'établissement fermé.

Assistance familiale en Italie. L'enquête ministérielle de 1898 donnait 1,416 aliénés placés à l'assistance familiale, c'est-à-dire le 4 0/0 du nombre total des aliénés. Ce nombre s'est accru pendant ces dernières années et actuellement il atteint les 2.000 malades.

Ce chiffre se rapporte à deux formes d'assistance familiale.

a) L'assistance dans la propre famille de l'aliéné (custodia domestica) ou assistance homo-familiale ;

b) L'assistance dans d'autres familles (patronage familial) ou assistance hétéro-familiale.

Cette dernière, partout où elle a été adoptée avec tous les soins, ordre et continuité, a donné des résultats très satisfaisants.

De retour de Gheel et Lierneux, en 1898, M. Tamburini a essayé d'appliquer le système dont il venait d'apprécier toute la valeur, en plaçant des femmes aliénées tranquilles (la plupart démentes, mais encore quelques épileptiques, quelques hystériques, quelques paranoïques, etc) dans des familles d'infirmiers, ou d'employés actuels où passés de l'asile qui demeurent aux environs de l'établissement.

Il a surtout soigné :

a) Un choix convenable des malades à confier au patronage ;

b) Le choix des familles des nourriciers ;

c) La surveillance continuelle par la direction de l'asile sur les aliénés et sur leur traitement physique et moral.

C'est avec la plus grande satisfaction qu'il a constaté que les malades s'amélioraient dans leur état psychique et dans leur maintien, qu'elles s'attachaient à la famille de leurs nourriciers, s'occupaient au travail avec beaucoup d'entrain, et jouissaient très convenablement de la liberté et de la vie familiale et sociale. De même il a vu se dissiper bientôt l'indifférence et la prévention des familles des alentours contre les malades et, au contraire, se multiplier les demandes pour obtenir des malades en placement et s'accroître la sympathie de la population pour les aliénés.

L'exemple a été bientôt suivi par le Dr Cristiani, directeur de l'asile de Lucca, avec les mêmes bons résultats. M. Tamburini espère que ses confrères italiens voudront bien suivre son initiative

Digitized by Google

en adoptant comme forme intermédiaire d'assistance entre le *système belge* de la colonie réunie et indépendante et le système écossais du placement disséminé, notre système que l'on pourrait nommer du village près de l'asile.

S'ils prennent les précautions nécessaires à la bonne réussite de l'entreprise et s'ils peuvent jouir de l'appui matériel et de l'encouragement moral du gouvernement, aucun doute que le Patronage familial, comme moyen d'assistance et de traitement curatif des aliénés, ne trouve bientôt, en Italie, une très large application avec beaucoup d'avantages sociaux, économiques et humanitaires.

VŒU

Le patronage familial, surtout pour les avantages curatifs et nouveaux, mérite d'être adopté, à côté des asiles, dans l'assistance des aliénés.

Le meilleur moyen pour l'activer c'est de l'initier dans les villages prochains des asiles, en plaçant les malades dans les familles bien choisies, et sous la surveillance directe et continuelle des médecins de l'asile.

TAMBURINI.

C'est ainsi qu'on comprenait alors et qu'on comprend encore parfois l'assistance familiale, oubliant quelle implique une organisation scientifique tout aussi complète que l'assistance en asile et des secours sérieux aux familles nourricières.

M. Van Deventer a enfin exposé la situation des aliénés hollandais placés en famille. De tels placements sont aujourd'hui annexés à la plupart des asiles publics et privés de Hollande, dans un but thérapeutique plus encore que dans un but d'assistance et suivant un mode rappelant la colonie artificielle allemande.

M. Ragosine, directeur de l'Assistance publique russe a exposé l'état actuel de l'assistance des aliénés en Russie, ou sur 40,000 aliénés la moitié à peine est assistée ou secourue. Les rapports de MM. Bjorkmann, de Kouorio, et Kachenko, de Nijni Nowgorod, ont exposé en détail les applications nouvelles réalisées en Russie pour l'Assistance familiale des aliénés.

A propos de l'assistance familiale en Norvège M. le Dr R. Vogt, médecin des asiles (Christiania) a montré que cette méthode mal organisée et la dissémination des malades sans surveillance efficace ont les plus graves inconvénients. En réalité le placement des aliénés dans des familles éparpillées, tel qu'il existe à Gheel, ne se pratique pas en Norvège. Dans quelques communes seulement le nombre des aliénés assistés en traitement privé est relativement considérable (50 à 100). La surveillance de ces aliénés est totalement insuffisante. Le nombre des asiles est trop peu considérable, ce qui fait que les deux-tiers ou même les trois-quarts des aliénés restent en traitement homo ou hétéro-familial. Les incurables sont renvoyés de l'asile, faute de place.

Il existe quelques colonies de cinq, dix ou vingt malades. Le nombre des colons ne peut dépasser ce dernier chiffre. Ces aliénés vivent en communauté et dans des conditions très misérables. Souvent ces colonies restent isolées de la civilisation pendant assez

Digitized by Google

longtemps ; quelques-unes d'entre elles sont positivement répugnantes.

Bien qu'il y ait en Suède un nombre plus considérable de grands asiles, il y a là des situations analogues. Au Danemark, où le pays est plus riche et les conditions sociales différentes, presque tous les aliénés sans exception, sont au contraire soignés dans les asiles. Ceci montre bien que le progrès de l'une des méthodes dépend du progrès de l'autre et combien est étroitement lié le progrès de l'asile avec le progrès de l'assistance en famille. Le système Norvégien est de l'abandon familial plutôt que de l'assistance familial et on ne saurait arguer contre cette dernière de telles absences d'organisation. C'est cependant ce qui est arrivé en France ou l'enquête faite officiellement par Théophile Roussel aboutit à la condamnation préalable de l'assistance familiale pour les aliénés parce que, au témoignage des médecins de l'administration et des Préfets, presque tous les malades chroniques renvoyés purement et simplement des asiles aux familles n'avaient pu s'y maintenir.

2° Assistance homo-familiale :

Quels sont les aliénés qui peuvent être séquestrés chez eux ? M. L'Hoest, de Liège, estime que les idiots non améliorables et les déments sont seuls aptes à jouir de ce mode d'assistance, ils sont habituellement passifs et présentent rarement des réactions dangereuses pour autrui.

Les folies actives doivent être confiées à l'asile ou à la colonie.

L'orateur indique les avantages et aussi les dangers (dans certains cas) de la séquestration à domicile. (L'Assistance homo-familiale).

M. le Dr Peeters a fait remarquer que les séquestrés à domicile ne sont en Belgique et en France par exemple placés sous aucun régime de surveillance.

En Ecosse, dit-il, l'inspection s'étend à tous les malades, il serait à désirer qu'il en fut ainsi partout.

M. Buffet, de Luxembourg, repousse la séquestration à domicile ; dans la plupart des cas, le malade (aliéné) appartient à une famille tarée, mieux vaut l'assistance hétéro familiale.

Les Congressistes allemands ont rappelé qu'une condition essentielle pour que l'assistance homo familiale subsiste c'est que pour tous les séquestrés à domicile indigents des secours suffisants soient attribués aux familles dont l'état de pauvreté est avéré.

L'assistance dans la propre famille des malades se pratique depuis longtemps, surtout en Toscane, où beaucoup d'aliénés reconnus tranquilles et inoffensifs, sans être admis dans les asiles, sont après visite et déclaration du directeur, confiés à l'assistance de leur famille qui reçoit un secours mensuel (qui oscille entre 5 et 30 lires). Mais ce système ni en Toscane, ni ailleurs pas même à Reggio Emilia (où pourtant on a essayé de l'établir avec toutes les garanties de contrôle) n'a été couronné par des résultats particulièrement favorables. Et cela surtout à cause de la difficulté d'exercer une surveillance sérieuse, continuelle et efficace sur les malades et sur leur traitement. C'est à cause de cela que dans quel-

Digitized by Google

ques endroits on a renoncé à ce système dont presque partout on déplore les nombreux inconvénients. (Pr Tamburini).

M. le Pr Pick, de Prague, s'est préoccupé d'étendre l'assistance morale aux aliénés laissés en familles riches ou pauvres, en particulier la surveillance aux aliénés non internés auparavant et non reconnus tels.

Il a cherché à prévenir les sequestrations homo familiales dont plusieurs cas retentissants ont été dans ces dernières années signalés à diverses reprises en plusieurs pays.

Pour que la loi puisse protéger tous les aliénés, dit-il, il est indispensable qu'on soit également obligé de signaler les aliénés traités en dehors des asiles.

Lorsqu'il n'est pas possible de donner une dénomination précise de l'affection mentale, le devoir de signaler le malade repose sur la nouvelle situation, juridiquement définissable, créée par une pareille maladie : la diminution de la liberté ou de la responsabilité personnelle, la limitation de la capacité civile, l'insécurité personnelle et l'existence du traitement.

En exposant les nécessités de l'obligation de signaler les malades, les considérations émises doivent être telles qu'elles ne se buttent pas trop aux préjugés du public.

En ce qui concerne les aliénés traités dans leur propre famille, chez leurs ascendants, descendants, frères et sœurs, oncle, tante ou tuteur légal, la déclaration doit être faite quand une séquestration d'un trimestre a été nécessaire. Cette déclaration sera confidentielle. Une exception concernant la date de la déclaration doit exister dans les cas où les malades sont entretenus par les deniers publics; alors la déclaration immédiate doit être exigée.

Le devoir de déclaration incombe à celui qui soigne le malade chez lui, l'exiger des médecins ne parait pas pratique.

Quand on loge un aliéné dans une maison étrangère, la déclaration immédiate doit être faite par l'hôte.

Les médecins conservent le droit de faire une déclaration confidentielle pour tous les cas précédents et ceux qui suivent.

En ce qui concerne les asiles non réputés d'aliénés et où les malades sont soignés, on a les catégories suivantes:

a) Les maisons de santé, les établissements hydrothérapiques et autres. Le devoir de déclaration pour les malades qui y sont traités commence au moment où leur liberté personnelle, leur capacité civile paraît empêchée La déclaration doit être faite par le médecin de l'établissement.

b) Dans les hôpitaux qui ne reçoivent les aliénés qu'en passant, la déclaration doit être faite quand le séjour dépasse quinze jours.

Les cliniques psychiatriques annexées à ces institutions publiques ont droit à une disposition spéciale, eu égard à leur but spécial; cette disposition se rapprochera de celle prise à l'égard des malades soignés dans leur propre famille.

c) Les établissements pour idiots doivent être placés, pour la déclaration, au même rang que les asiles d'aliénés;

d) Les établissements pour épileptiques sont placés parmi les

Digitized by Google

établissements de la rubrique *a*; ainsi que les hospices, couvents et autres établissements qui reçoivent des aliénés. Dans tous les asiles de *c* et *d*, la déclaration doit être faite par le médecin, ou le directeur de l'établissement.

Les pénalités seront accentuées pour les personnes compétentes (médecins), mais elles seront appliquées par voie administrative et non par procédure pénale.

M. Deperon a constaté que les sequestrés à domicile manquent en Belgique souvent de médicaments nécessaires et d'une nourriture suffisante même lorsque les familles reçoivent des secours il oppose l'assistance hétéro-familiale comme préférable et invoque le témoignage des inspecteurs Ecossais qui appliquent à la fois les 2 et ont souvent signalé les inconvénients et difficulés de l'assistance homo-familiale.

Bien que plus délicats cette dernière ne saurait être repoussée, la Seine en a projeté un essai qu'il serait bien urgent de voir enfin appliquer chez nous.

III

Extensions nouvelles

M. Masoin a développé la question de l'assistance familiale des aliénés épileptiques et rappelé l'insuffisance de l'assistance pour les épileptiques simples.

M. Masoin, dans son rapport, établit que, sur 6.000 épileptiques en Belgique, 3.600 ne bénéficient d'aucune assistance régulière (en France il en est de même). Les épilepsies simples ou compliquées sont assistées couramment à Gheel, on devrait généraliser l'application de cette assistance en famille à tous les épileptiques qui en sont susceptibles.

Il existe également un grand nombre d'épileptiques idiots ou imbéciles susceptibles d'éducation.

Une école, au sein d'une colonie, leur rendrait des services (vœux adoptés).

L'assistance familiale par patronage transitoire aux convalescents a été votée aussi comme extension nouvelle en certains pays. Nouveauté en France ce n'en est plus une comme on l'a pu voir dans la plupart des pays environnants.

J'ai indiqué chez nous la lacune à combler par la création de colonies pour convalescents des 2 sexes sortis des asiles et placés au voisinage de nos grands asiles.

Le Congrès s'est occupé aussi de la protection de l'aliéné guéri ou convalescent. Le champ d'action des patronages familiaux est vaste. La société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout, après avoir assisté les aliénés dans un asile, elle les laisse, au sortir de cet asile, sans appui, sans ressources, sans secours, exposés à une rechute. Il y a là une lacune aussi bien au point de vue humanitaire qu'au point de vue économique. Le patronage familial des aliénés guéris doit s'occuper des familles des malades internés pour leur conserver un foyer en cas de sortie, et renouer leurs

Digitized by Google

rapports avec ce foyer. Nous avons à Paris des institutions de ce genre ; mais ailleurs, elles n'existent souvent qu'à l'état d'embryon. C'est un côté de l'assistance familiale qu'il fallait aborder.

Malheureusement à Anvers même on a pu constater que le patronage fondé par Guislain avait à peu près cessé de vivre et que tout l'intérêt de la bienfaisance allait aux libérés des prisons ! Les vœux du Congrès ne sauraient tarder à modifier cet état de choses.

L'assistance familiale des enfants arriérés a fait l'objet d'un exposé spécial par le Dr Manheimer Gommès. Les statistiques concernant les enfants arriérés, tout au moins les statistiques d'Etat sont encore à faire. On peut dire cependant d'une manière générale, que le nombre de ces enfants augmente, et que de nouveaux moyens d'assistance — ne serait-ce que par l'encombrement des établissements spéciaux actuels — s'impose aujourd'hui.

Les asiles, hospices, quartiers d'arriérés, etc., seront toujours d'une nécessité indiscutable, pour une bonne partie d'entre eux. Mais, pour certains, ils sont des inconvénients : contagion des fièvres, des tics, de perversions, des faits d'indiscipline, possibilité de développement de la démence spéciale aux internés. Accoutumance au milieu qui atrophie toute initiative, toute personnalité. Difficulté pour les médecins de faire accepter des sorties d'essai aux familles.

A tout cela remédierait la colonisation familiale. Elle permettrait, en plus, de ne pas condamner à un internement définitif les malades seulement sujets à des crises d'excitation et presque normaux dans leur intervalle.

Elle est également indiquée dans les convalescences, chez les guéris ou améliorés.

Relèveront toujours de l'asile :

a) Les idiots invalides qui ont purement besoin de soins hygiéniques, ou ceux, non gâteux, absolument incapables d'éducation ;

b) Les dangereux, vicieux, incendiaires, etc., pour lesquels une discipline sévère est de rigueur.

Pour les autres, on peut distinguer l'assistance homo-familiale et hétéro-familiale.

L'*assistance homo-familiale* a été tentée, il y a quelques années dans le département de la Seine. C'était la reprise du jeune malade moyennant l'allocation du prix de journée, qu'il aurait coûté à l'asile.

Ce système a l'inconvénient : ou que la famille est trop tendre pour l'arriéré, manquant de la fermeté et de la pondération nécessaires, ou que, par contre, elle le délaisse ou le méprise. De plus, le malade est exposé à rester en contact avec des parents le plus souvent dégénérés eux-mêmes.

L'*assistance hétéro-familiale* permet de prendre des familles de choix, dont on fait l'éducation spéciale, et qu'on peut récompenser ou punir (retrait du malade, etc).

Le meilleur placement est le placement rural, la culture étant la

Digitized by Google

meilleure occupation pour le plus grand nombre. La grande culture convenant aux placements disséminés ou la culture maraîchère, convenant aux placements groupés.

Les placements urbains ont l'avantage de répondre mieux aux vœux de la population des villes. Mais un nombre relativement petit de malades en est justiciable. C'est le système berlinois (colonies des asiles de Dalldorf et Herzberge).

Pour les arriérés simplement dégénérés et débiles, la création de classes spéciales annexées aux écoles communales, ou d'écoles spéciales (Hilfschulen) permettra de réaliser le meilleur mode d'instruction, en même temps que l'assistance familiale la plus simple: le maintien du jeune malade chez lui, sans qu'il ait à passer par la promiscuité d'un internat quelconque.

Le Congrès a pris ensuite en considération les vœux suivants :

« Considérant que, parmi les causes du grand nombre d'enfants arriérés, la science reconnaît aujourd'hui les affections maternelles pendant la gestation, la délivrance, et les maladies consécutives de la première enfance ; considérant que ces causes sont malheureusement liées aux conditions de notre vie sociale, — il s'agit de voir comment on pourrait s'y opposer ;

« En attendant une amélioration de ces conditions, le Congrès de l'assistance familiale, avec ses différentes sections, pourrait et devrait intervenir.

« Nous proposons donc au Congrès la nomination de deux commissions : l'une technique pour étudier l'importance relative des diverses causes d'ordre pour ainsi dire social de la phrénasténie ; — l'autre, de propagande, pour rechercher les moyens pratiques de remédier aux conditions déplorées (Dr Ferrari). C'est de l'assistance familiale avant la lettre.

« Le Congrès, considérant l'importance, au point de vue de la prophylaxie sociale, de l'éducation des enfants idiots et imbéciles ;

« Considérant que pour la grande majorité de ces enfants, le système familial est le meilleur ;

« Emet le vœu de voir établir des colonies familiales avec asile-école où ces enfants pourront, sous une direction médicale compétente, recevoir le traitement médico-pédagogique intégral.

« Les enfants auraient subi, avant cela, dans les écoles spéciales et les instituts médico-pédagogiques une période d'observation suffisante ».

On a ajouté au texte ci-dessus : « Que les enfants aliénés aptes à séjourner dans un institut seront renvoyés au moment opportun dans leur famille, dans l'asile ou dans la colonie. » On a pris aussi en considération le vœu suivant proposé par M. Schuytten :

« Il est désirable de voir se résoudre le problème important de l'influence des aliénés des colonies sur les enfants (et les adultes) normaux qui les entourent. »

Considérant que les enfants auormaux ne peuvent suivre les cours des écoles communales ordinaires.

Considérant que ces enfants renvoyés des écoles, comme troublant l'attention des enfants anormaux et étant pour eux un exemple dangereux, ne peuvent être surveillés par les parents occupés à l'usine ou à l'atelier; que par ce fait ils vagabondent et que leur état mental en est notablement aggravé.

Digitized by Google

Délibère :

Il y a lieu de renouveller le vœu du Congrès de Paris pour la création dans les écoles communales de classes spéciales sous la surveillance de médecins, pour les enfants arriérés maintenus dans leurs familles. (Dr J. Voisin, Dr P. Keraval, Dr Marie, H. Leroux).

On a fait ajouter :

« Et que les instituteurs de ces écoles reçoivent à l'école normale des rudiments de psychiâtrie ».

— Comme vœu général, on a voté les conclusions suivantes du Dr Alt, qui sont la synthèse des travaux de ce Congrès :

« 1° Pour une partie assez considérable d'aliénés, qui ont besoin d'assistance, et qui peuvent être soumis à ce traitement, la colonie familiale représente la forme d'assistance la plus naturelle, la plus libre, la meilleure et la moins coûteuse, et constitue, en outre, pour un grand nombre de malades, un facteur thérapeutique important ;

« 2° L'assistance peut être ajoutée à toute institution, qui est dirigée par un psychiâtre et installée suivant les exigences du temps, spécialement lorsque les infirmiers jouissent, pour eux-mêmes et pour leur famille, de conditions favorables d'habitation, ce qui est, du reste, indispensable pour obtenir de bons infirmiers ;

« 3° Mais, dans la plupart des grands instituts, l'assistance familiale ne pourra prendre qu'une extension restreinte. La généralisation de cette assistance ne peut être obtenue que par la fondation, dans des contrées convenables, d'établissements centraux reproduisant en petit les institutions spéciales connues et servant de points d'origine pour la fondation des colonies familiales ;

« 4° Les colonies familiales n'annihilent pas nécessairement les établissements existants, ne constituent nullement le séjour le plus convenable pour toutes espèces d'aliénès, mais elles peuvent arrêter d'une façon pratique, active et peu coûteuse l'accroissement de ces établissements.

— « Les Congrès, dont il est de mode de médire, dit M. P. Strauss, ont une utilité croissante, ils opèrent la concentration des connaissances et des renseignements. L'expérience de chaque peuple est pour ainsi dire versée à un fonds commun. Au lieu de correspondre de loin, les techniciens du monde entier s'instruisent les uns les autres. C'est une forme excellente de mutualisme scientifique.

Ces petits Parlements internationaux, suivant leur objet, leur périodicité, ont intérêt à se spécialiser ou à conserver une certaine ampleur. Tout dépend, dans les deux cas, de la valeur des participants et de la nature du programme.

Un congrès de spécialistes est naturellement porté à exagérer et à amplifier les applications qui lui sont chères. Si des philanthropes se réunissent pour étudier exclusivement les services à domicile, ils auront tendance à méconnaître ou à rabaisser les services hospitaliers. Des médecins d'hôpitaux, des administrateurs d'hospices assemblés pour dresser un programme de revendications hospitalières, résisteront mal à la tentation de réduire à la portion congrue les bureaux de bienfaisance.

Mais, si chacun de ces groupes spéciaux s'attache à approfondir un sujet, sans velléité d'absorption et d'exclusivisme, des résultats considérables peuvent être obtenus. Le congrès spécial ne remplace pas le congrès général ; il le complète ou le prépare.

Digitized by Google

En mettant toutes choses à leur place et en faisant la part des objections vraies, les aliénistes les plus divisés peuvent et doivent, comme ils l'ont fait à Anvers, admettre la diversité de traitement de maladies variables et de malades différents. L'Open-door et la colonie familiale ont un grand avantage au point de vue économique et administratif ; ces deux systèmes désencombrent les asiles, atténuent les dépenses, facilitent la tâche des administrations départementales. Il est donc à souhaiter que ces types économiques de traitement soient de plus en plus expérimentés et répandus et que la grande famille, si intelligente et si vibrante, des aliénistes médicaux et administratifs se réconcilie dans la variété de ces institutions curatives de la folie pour mieux s'adonner à la recherche et à la découverte de l'hygiène préventive de l'aliénation mentale dont la fortune intéresse si profondément l'humanité. (Strauss).

Au Congrès international d'assistance familiale tenu à Paris en 1901, j'avais appelé l'attention du public sur l'extension que tend à prendre l'assistance familiale pour *toutes* les catégories de malades et d'infirmes. Au Congrès international qui vient d'avoir lieu à Anvers, on avait limité le programme à l'examen de l'assistance des *aliénés,* et spécialement de leur assistance familiale.

Sans aucun doute, pour beaucoup, les rapports, les discussions, et les vœux du Congrès d'Anvers ont été une révélation aussi inattendue que convaincante des changements importants qui s'opèrent partout dans l'assistance. Il y a quelques années à peine, on considérait Gheel comme une institution très intéressante sans doute, mais cependant de qualité inférieure : l'assistance familiale pouvait tout au plus convenir pour désencombrer l'asile de toutes les non-valeurs, et assurer aux aliénés incurables un refuge peu coûteux. Mais les idées ont marché : successivement des colonies familiales s'établirent à Lierneux (Belgique), à Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château (France) ; en Allemagne, en Autriche, en Hollande, en Italie, on établit l'assistance familiale autour des grands asiles, en proportions modestes pour commencer, mais qui s'étendront et finiront par former des villages entiers (Dr Meeus).

Les délégués des différents pays de l'Europe sont venus tour à tour relater au congrès d'Anvers les résultats consolants obtenus par leurs premiers essais d'assistance familiale. Les considérations secondaires ne comptent guère ; il n'est plus autant question de désencombrer les asiles et d'assurer un entretien peu coûteux au moyen de l'assistance familiale, *mais celle-ci est réclamée comme une mesure humanitaire et surtout comme un excellent moyen de traitement de la folie.* Il est très intéressant de voir ainsi, dès leurs premiers essais, les médecins aliénistes proclamer sans ambages que l'assistance familiale est une arme définitivement acquise à l'arsenal thérapeutique, tout comme la balnéation, l'électrothérapie, etc., et dont on ne peut se passer dans le traitement intégral de la folie.

La consécration de ces idées par les psychiâtres des pays étrangers constitue réellement un triomphe pour l'école de Gheel et

Digitized by Google

tous ceux qui ont proclamé l'excellence du patronage familial comme moyen de traitement.

L'organisation des établissements d'aliénés, tant colonies ouvertes qu'asiles fermés, fut vivement débattue au Congrès : les idées les plus divergentes furent tour à tour défendues et combattues avec passion ; mais des vœux émis et des discussions, il résulte qu'on est généralement d'accord sur les points suivants : le médecin doit avoir plus d'indépendance et plus d'autorité qu'il n'en a maintenant dans nombre d'établissements, il doit se spécialiser à sa besogne de médecin aliéniste, et n'avoir à traiter qu'un nombre limité de malades ; le personnel nourriciers et infirmiers doit recevoir un enseignement professionnel théorique et pratique; il faut proscrire autant que possible tout moyen de contrainte et procurer aux aliénés des distractions variées et une occupation appropriée.

La réalisation de tous ces *desiderata* constituerait déjà un grand progrès dans l'assistance : faisons avec M. Le Dr Meeus des vœux pour que les résolutions votées par le Congrès trouvent partout l'application la plus heureuse !

FAITS ET OPINIONS

PSYCHIATRIE

LE VERTIGE MENTAL DE LASÈGUE

par

N. VASCHIDE
Chef des travaux à l'Ecole des Hautes-Etudes

ET

CL. VURPAS
Interne des Asiles de la Seine (Asile de Villejuif)

I

Dans une communication faite à l'Académie de médecine, et intitulée « *Vertige mental*[1] », Lasègue décrivit certains états, qui actuellement sont étudiés parmi les syndromes épisodiques des dégénérés, ainsi que parmi les nombreuses obsessions et phobies.

Voici en quelques mots quelles étaient les conceptions de Lasègue.

Lasègue étudiait la symptomatologie et la phénoménologie clinique de cet état plus ou moins vague, décrit sous le nom de vertige, il en choisissait même un exemple un peu spécial. Il reconnaissait toute une série de vertiges de nature et de

[1] Lasègue. Vertige mental. *Communication faite à l'Académie de médecine,* Janvier 1876.

Digitized by Google

causes diverses, le vertige oculaire, gastrique, la dyspepsie vertigineuse, rhumatismale, le vertige goutteux, nous y ajouterions aujourd'hui une importante classe d'origine auriculaire, et parmi eux le vertige de Meniére. Parmi tous, il en choisissait un, le vertige oculaire. Encore s'agissait-il bien de cette variété? Car dans la description qu'il en donnait il n'y avait pas de troubles oculaires proprement dits. A vrai dire, il donnait la description d'un vertige, qui n'avait pas de dénomination bien fixe, bien nette et bien délimitée ; ce n'était le vertige ni oculaire proprement dit, ni auriculaire, ni stomacal, ni rhumatismal ou goutteux.

Il nous semble, que l'on doive appeler vertige oculaire ces sensations vertigineuses, qui trouvent leur genèse et leur cause dans une modification, dans un trouble psychobiologique de la vision ou de la dynamique oculaire. Ainsi lorsqu'un sujet passe rapidement devant une grille, lorsqu'il regarde tourner un manège, etc... il peut éprouver des sensations vertigineuses. Il s'agit là à proprement parler d'un vertige oculaire. Peut-on dire qu'il en est ainsi, lorsqu'un sujet regarde du haut d'une tour un paysage immobile, qui ne s'anime pour lui d'aucun mouvement de rotation ou de déplacement en aucun sens? Il nous semble que les sensations vertigineuses éprouvées ne puissent pas être désignées sous la dénomination de vertige oculaire.

Lasègue prend comme exemple un type de cette dernière catégorie. « C'est en me conformant [1] à ce procédé logique défectueux mais irremplaçable, que j'ai choisi le vertige simple, qui se produit au sommet d'une tour ou d'un lieu élevé, pour faire comprendre des états tout autrement complexes, auxquels cette note est consacrée ». Il étudie les phénomènes cliniques, qui constituent cet état, l'angoisse précordiale, une sensation de collapsus avec défaillance : il n'y a pas ici d'étourdissement ni de gyration. Ce qu'il y a surtout, c'est de l'inquiétude morale se traduisant par « la pâleur du visage [2], la constriction thoracique, l'angoisse respiratoire, la rétraction de la peau du scrotum, l'algidité, la sueur froide diffuse ou partielle. »

« La raison [3], même aidée par les paroles encourageantes des assistants, a perdu toute force de résistance ». « Dans tous les cas [4], l'impression mentale est le fait dominant, celui dont tous les malades se souviennent avec une pénible réminiscence ».

Voici comment Lasègue résume la symptomatologie de ces

[1] Lasègue. *Etudes médicales*. Paris, Asselin 1884, Tome Ier, 765.
[2] Lasègue. Op. cit., p. 767.
[3] Lasègue. Op. cit., p. 767.
[4] Lasègue. Op. cit., p. 767.

Digitized by Google

états. « En dégageant [1] les données, qui seront ultérieurement utilisées, on trouve : 1° que l'anxiété mentale est toujours précédée de symptômes physiques ; 2° qu'elle n'est pas proportionnée à l'intensité de ces symptômes ; 3° qu'elle est parfaitement consciente, mais invincible ; 4° qu'elle éclate subitement sans avoir été précédée d'une délibération ou d'une réflexion, qui l'a justifiée ; 5° qu'une fois née, elle suit une évolution fatale, enfin que le vertigineux ne parvient pas à la dominer, même en la déclarant déraisonnable et absurde ».

Telle est la description du vertige, que Lasègue prend comme type, mais ce n'est pas le vertige mental. Ce dernier comprend d'autres états, qui sont « toute une catégorie [2] de perversions intellectuelles qui ne se comprennent et ne se classifient qu'à la condition d'être rattachées au type vertigineux, dont je viens d'indiquer les principaux traits. C'est à cette classe d'affection, que j'ai donné le nom de *vertige mental,* indiquant par là que la maladie est constituée par un malaise physique, définissable, sinon définie, et par une angoisse morale, qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie ». Lasègue établit plusieurs classes dans le vertige mental : 1° Lorsqu'il y a un point de départ visuel. Notons que ce point de départ ne consiste pas dans un trouble dynamofonctionnel de la vision ; c'est par exemple la jeune fille qui en se regardant dans le miroir est prise de malaise et d'anxiété et « se demande [3] si c'est elle, qui est l'objet de cette impression ; elle a des doutes bizarres sur sa personnalité qui lui devient indistincte » ou bien c'est l'impossibilité de fermer les yeux brusquement, sans être pris de malaise à la peur d'être jeté à la renverse par un mouvement involontaire.

D'autres fois, « l'acte visuel [4] se limite à un objet : le malade, à l'aspect d'une épingle, d'une allumette, d'un fragment de verre, d'un animal, entre en crise. »

II° Dans une seconde catégorie il s'agit « de malades [5] chez lesquels le stade visuel n'existe pas ou passe absolument inaperçu. La crise débute ou semble débuter par des troubles généraux et par le vertige mental, qui absorbe d'emblée les autres symptômes. »« L'intelligence [6] ne prend pas de part à ce délire. Beaucoup vont au devant des objections et reconnaissent à quel degré leurs craintes doivent paraître absurdes. Le délire vertigineux est affaire de sensation et de sentiment. »

[1] Lasègue. Op. cit., p. 767.
[2] Lasègue. Op. cit., p. 768.
[3] Lasègue. Op. cit., p. 768.
[4] Lasègue. Op. cit., p. 769.
[5] Lasègue. Op. cit., p. 770.
[6] Lasègue. Op. cit., p. 772.

Digitized by Google

Voici comment Lasègue résume ses conceptions du vertige mental : « La séméiologie[1] de ces états si pénibles est précise. Elle peut se condenser dans cette formule : le malaise appréhensif est la conséquence d'un ictus physique ; toutes les fois que cette mise en train fait défaut, la crise ne se produit pas. Le malaise est identique à celui du vertige de cause visuelle ; il détermine un trouble anxieux d'intensité variable, auquel l'intelligence ne participe ni pour l'aggraver ni pour le restreindre. Les individus sujets au vertige mental le sont habituellement au vertige des altitudes ; la réciproque n'existe pas. L'appréhension vertigineuse est limitée, provoquée par une cause toujours semblable ; elle ne répond ni à une aptitude, ni à une habitude du ca ractère. Elle ne s'appuie sur aucun antécédent raisonné et consiste dans une prévision toujours confuse...

Dans les cas élémentaires, qui viennent d'être décrits, l'intelligence reste indemne ; dans d'autres, l'intelligence intervient, elle donne un corps aux sensations, elle les commente et les explique.

Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété ; il se complait à se représenter les événements, qui vont survenir, à les classer, à les attendre ; ou, remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond, l'intelligence est peu troublée et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles-mêmes. »

En un mot, ce que Lasègue décrit sous le nom de vertige mental, ce sont les stigmates psychiques de la dégénérescence. La description de ces divers états rappelle l'histoire des diverses phobies, y compris la phobie de la chute d'un lieu élevé. Ce type, que Lasègue choisit comme exemple du vertige, n'est lui-même qu'une phobie, n'ayant aucun point de départ anatomo-fonctionnel, et n'étant qu'un de ces états, que M. Magnan a si bien mis en lumière comme étant un stigmate de cette disposition psychologique si particulière, décrite sous le nom de *dégénérescence mentale*.

II

Cette description métaphorique de l'obsession présente un réel intérêt et apporte une contribution importante à l'analyse et à la connaissance de ce trouble pathologique. La comparaison de l'état mental de l'obsédé avec celui du sujet atteint de vertige permet de mieux pénétrer ce qu'est l'obsession, et en quoi elle consiste. Ce trouble morbide, qui n'avait aucune place ni

[1] Lasègue. Op. cit., p. 773.

Digitized by Google

aucune description dans les cadres nosologiques, avait, jusqu'à Pinel et surtout Esquirol, été lettre morte dans la littérature médicale et psychiatrique. Seuls, quelques penseurs et quelques philosophes l'avaient observé et décrit, mais ils ne lui avaient pas donné une place officielle dans le domaine de la pathologie. Certains confesseurs habitués aux finesses de l'analyse psychologique le connaissaient également, et le considéraient jusqu'à un certain point comme un trouble mental.

Pinel le premier signala ces états et Esquirol les décrivit comme autant d'affections séparées sous le titre de monomanies ou folies partielles, classées d'après l'objet du trouble mental.

Mais cette dénomination de folie partielle prêtait à confusion. Car si le sujet pouvait paraitre absolument lucide sur tout ce qui n'était pas son obsession, du moins le trouble, qu'il présentait, caractéristique de son obsession, était-il un trouble général de l'état mental.

Les auteurs ont tenté de mettre en lumière cette manière de voir, en invoquant différents arguments. Certains ont montré que ces sujets présentaient toujours des troubles de déséquilibration dans tous le cours de leur existence ; ils ont affirmé que si l'on fouille patiemment la vie et le passé de tels sujets, on trouve toujours des signes de déséquilibration, qui auraient pu passer inaperçus à un examen superficiel.

On a vu une preuve de cette conception dans ce fait, que les obsessions se succèdent ou existent concommitement soit entre elles, soit avec des impulsions ; on invoque en un mot des rapports de succession ou de simultanéité de tous ces troubles, que depuis M. Magnan on est convenu d'appeler syndromes épisodiques de la dégénérescence.

Ces divers états ont encore été reliés et rattachés les uns aux autres grâce à l'hérédité, soit dis emblable soit similaire, qui a permis de suivre dans le produit les troubles observés chez les générateurs. Cette manière d'être psychologique serait de la sorte un trouble constitutionnel et natif.

Lasègue montra le trouble général de l'intelligence dans le phénomène lui-même, et par là il reconnaissait à toutes les obsessions, quelle que soit leur forme particulière, l'objet spécial, qui leur servait de thème, il reconnaissait à toutes, disons-nous, un même substratum mental. Ce substratum était précisément cette sorte de confusion passagère, qu'il comparait au vertige.

Ce que l'on entend en pathologie ordinaire par vertige, consiste en des perturbations, qui font que tous les objets deviennent flous, qu'il n'y a plus de netteté dans les images, les contours en sont indécis. Dans la sphère particulière de la vue, le contenu du champ visuel est en plus animé de mouvements tan-

Digitized by Google

tôt circulaires tantôt verticaux, qui amènent une danse des divers objets et des déplacements réciproques des uns par rapport aux autres.

Ce qui se passe dans le champ visuel, Lasègue l'appliqua à l'état mental. Et cette métaphore exacte et précise rendait bien compte du trouble général de l'intelligence et de l'état mental, qui caractérisait l'obsession.

Lasègue exposait ces observations dix ans avant que s'ouvrit à la Société médico-psychologique la célèbre discussion sur les dégénérés et les syndromes caractéristiques de ces divers états. Seuls, quelques auteurs, parmi lesquels il faut surtout signaler J. P. Falret, s'étaient élevés contre les monomanies ou folies partielles et affirmaient que dans toutes ces manifestations morbides, il y avait toujours des troubles généraux de toute l'intelligence. Lasègue, dans la description qu'il donnait de l'obsession, dans la comparaison qu'il établissait avec le vertige proprement dit, (pour lui une obsession était un vertige mental), confirmait, par l'examen direct et l'analyse immédiate du phénomène, cette conception, qui voulait voir dans l'obsession un trouble généralisé à toute l'intelligence, une désorientation complète et générale de tout l'état mental.

Lasègue fut ainsi amené à donner à la description et à l'analyse, qu'il faisait de l'obsession, le titre de « vertige mental ». Il ne s'agissait là, comme nous l'avons déjà dit, que d'une simple méthaphore.

III

Etudiant les diverses sortes de vertige, nous avons été amenés à analyser une variété particulière dans le syndrome vertige[1], qui se rapprochait du type, que Lasègue avait choisi comme terme de comparaison, et auquel il rapportait les troubles observés dans l'obsession. Ce phénomène pathologique a été signalé sous diverses dénominations et épithètes. On l'a appelé : peur des espaces et du vide, acrophobie, hypsophobie, etc.

En réalité, il s'agit à proprement parler d'un vertige, d'un trouble qui cliniquement rentre dans ce groupe nosologique.

Lorsque l'on dit vertige, s'agit-il de vertige oculaire proprement dit, auriculaire comme le vertige de Ménière, de vertige gastrique, rhumatismal, goutteux, etc. ? ; le mot vertige désigne tous ces états ; et pour déterminer la nature de celui qu'on désigne, il est bon de rappeler ses causes étiologiques. Or il est un état, dont la cause n'est ni un trouble dynamo-fonctionnel dans l'organe de la vision ou de l'audition, dans le fonctionnement de l'estomac ou dans ces diathèses décrites

1 *Vaschide et Vurpas.* — Le vertige psyhique. *Revue de médecine*, 10 mai 1902, p. 480-485.

Digitized by Google

sous le nom de rhumatisme ou de goutte, mais dont le point de départ est une obsession, une idée fixe ; voilà pourquoi nous avons proposé de l'appeler en raison de sa détermination étiologique de nature psychologique *vertige psychique*. Nous avons employé l'épithète de psychique de préférence à celle de mental, afin qu'on ne soit pas tenté de le confondre avec ce que Lasègue appelait le vertige mental, qui est absolument différent et s'adresse à toute une autre catégorie de phénomènes.

Sans doute il présente des caractères particuliers, qui lui donnent une physionomie spéciale et l'individualise. Ce trouble pathologique a également une genèse propre. Mais il en est ainsi du vertige oculaire, auriculaire ou stomacal, dont chaque groupe reconnaît une pathogénie particulière et différente de celle des autres. Il en est de même des caractères cliniques, qui les distinguent et leur donnent à chacun leur allure et leur physionomie particulières. Cependant tous ces syndromes sont rangés dans la classe des vertiges. Nous pensons qu'il faille conserver cette dénomination à cette classe particulière, qui trouve son point d'origine dans une idée, et qui rentre ainsi dans la catégorie de ces troubles décrits sous le terme de stigmates mentaux de la dégénérescence. Et pour bien montrer que son origine n'a pas un point de départ périphérique, mais est engendré par une idée, nous avons proposé de l'appeler vertige psychique. Le terme psychique est, en effet, plus compréhensif que celui de mental, qui, selon M. Grasset, désignerait particulièrement l'activité supérieure, réellement intellectuelle ; tandis que celui de psychique s'étend à tous les phénomènes, qui témoignent de quelque degré de conscience.

Ainsi compris, le trouble, que nous désignons sous le terme de *vertige psychique*, est essentiellement différent du vertige mental de Lasègue. Tandis que le vertige mental de Lasègue désignait l'état mental de la phobie ou de l'obsession en général et indépendamment de son objet, notre vertige psychique comprend une classe particulière du vertige proprement dit, caractérisé principalement par ce fait qu'il trouve son point d'origine dans une idée obsédante, ce qui le ferait ainsi rentrer dans le cadre de la dégénérescence mentale, et le rangerait parmi les autres syndromes épisodiques.

Si nous avons rappelé cette conception de Lasègue, c'est surtout pour bien établir la différence, qui sépare notre travail de celui de Lasègue, dont il se rapproche par sa dénomination ; pour éviter de la sorte tout malentendu ; et en même temps attirer l'attention, en ce moment où l'on s'occupe beaucoup du vertige et du sens de l'orientation, sur une page psychiatrique très intéressante, et peut-être un peu trop oubliée.

Digitized by Google

PAGES OUBLIÉES ET CHOISIES

QUELQUES MAXIMES D'EPICTETE [1]

En lisant les maximes suivantes de l'Ecole stoïcienne on remarquera qu'elles contiennent les principes du traitement psychique de la folie et principalement de la folie morale.

Ne demande point que les choses arrivent comme tu le désires, mais désire qu'elles arrivent comme elles arrivent et tu prospèreras toujours.

* * *

En toutes choses, il faut faire ce qui dépend de soi et du reste, être ferme et tranquille. Je suis obligé de m'embarquer ; que dois-je donc faire ? Bien choisir le vaisseau, le pilote, les matelots, la saison, le jour, le vent, voilà tout ce qui dépend de moi. Dès que je suis en pleine mer, il survient une grosse tempête, ce n'est plus là mon affaire, c'est l'affaire du pilote. Le vaisseau coule à fond, que dois-je faire ? Je fais ce qui dépend de moi, je ne criaille point, je ne me tourmente point. Je sais que tout ce qui est né doit mourir, c'est la loi générale ; il faut donc que je meure. Je ne suis pas l'éternité ; je suis un homme, une partie du tout, comme une heure est une partie du jour. Une heure vient et elle passe, je viens et je passe aussi : la manière de passer est indifférente ; que ce soit par la fièvre ou par l'eau, tout est égal.

* * *

Les habitudes ne se surmontent que par les habitudes contraires : tu es accoutumé à la volupté, dompte-la par la douleur. Tu vis dans la paresse, embrasse le travail. Tu es prompt, souffre patiemment les injures. Tu es adonné au vin, ne bois que de l'eau ; ainsi de toutes les habitudes vicieuses, et tu verras que tu n'auras pas travaillé en vain. Mais ne t'expose pas légèrement à la rechute avant que d'être bien assuré de toi. Car le combat est encore inégal. L'objet qui t'a vaincu te vaincra encore.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 27 octobre)

De la poudre minérale de Trunecek dans le traitement des aliénés artéro-scléreux, par M. L. MARCHAND. — *Troubles mentaux et tuberculose*, par M. BIENVENU. — *Du traitement de la paralysie générale*

[1] *Manuel d'Epictète, avec les commentaires de Simplicius, le nouveau Manuel et le Tableau de Cébès*, traduction Dacier.

Digitized by Google

par les injections intrarachidiennes de biodure de mercure et d'iodure de potassium, par M. L. MARCHAND. Discussion : MM. BALLET, TOULOUSE, DIDE, BRIAND.

Da la poudre minérale de Trunecek dans le traitement des aliénés artério-scléreux

M. L. MARCHAND. — La fréquence de l'artério-sclérose chez les aliénés a déterminé l'auteur à traiter plusieurs malades par l'ingestion de la poudre minérale de Trunecek. Le sérum de Trunecek détermine souvent des indurations chroniques; son injection est douloureuse; la poudre minérale permet d'administrer une quantité de sel plus grande que celle introduite dans l'organisme par les injections de sérum; telles sont les considérations qui font préférer l'emploi de la poudre minérale au sérum de Trunecek. Pendant toute la durée du traitement, l'auteur a examiné l'état mental des malades, leur nutrition générale, leur pouls, leurs réflexes et leur force dynamométrique. L'affaiblissement intellectuel et les idées délirantes n'ont présenté aucune modification sous l'influence du traitement; l'anxiété et l'agitation ont disparu chez plusieurs malades; la nutrition générale et les troubles digestifs ont été très favorablement influencés; le pouls est devenu moins tendu et plus rapide; la force dynamométrique a notablement augmenté; l'état des réflexes est resté le même. Ce traitement peut rendre des services en médecine mentale en relevant les forces des malades, en combattant les altérations nutritives des cellules nerveuses par une meilleure irrigation du cerveau.

***

Troubles mentaux et tuberculose

M. BIENVENU lit 4 observations de malades emportés en quelques jours par une granulie, dont la caractéristique est de n'avoir pas touché le cerveau et les enveloppes, ce qui a été vérifié au microscope. Ces malades ont présenté depuis le début de l'affection jusqu'à la mort, un état mélancolique grave : dépression profonde avec stupeur ou angoisse, hallucinations fréquentes, etc.

M. B. croit que, dans ces cas, la dépression est due à l'action sur les centres nerveux de la toxine, ou d'une des toxines, du bacille tuberculeux. Cet état de dépression, simple chez les individus normaux, devient vite mélancolie délirante chez les héréditaires cérébraux.

Des expériences sur les animaux ont confirmé l'auteur dans cette idée que les toxines tuberculeuses sont des poisons déprimant les les cellules nerveuses.

Les cas de M. B. seraient donc comparables à une expérience de laboratoire, dans laquelle une forte quantité de toxines dépressives tuberculeuses se trouverait tout à coup injectée dans les veines de dégénérés, toujours en puissance de délire, et entraînerait ainsi une mélancolie dont la gravité serait fonction, et de la tare héréditaire, et de l'intensité de l'intoxication.

M. DIDE, rappelle qu'il a fait dans le service de M. Joffroy, et en

Digitized by Google

collaboration avec M. Dufour, des constatations, confirmant la thèse soutenue par M. Bienvenu.

***

Du traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de biodure de mercure et d'iodure de potassium

M. L. Marchand. — Certains auteurs sont persuadés qu'il est possible d'améliorer les paralytiques généraux par un traitement antisyphilitique intensif. La façon d'introduire les sels de mercure dans l'organisme peut avoir une influence sur son mode d'action; de plus, les lésions dominantes de la paralysie générale sont d'ordre inflammatoire; ces diverses considérations ont engagé l'auteur à tenter le traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de sels de mercure. Après avoir prélevé par une ponction lombaire classique six centimères cubes environ de liquide céphalo rachidien, l'auteur injecte deux milligrammes de biodure de mercure et deux centigrammes d'iodure de potassium dissous dans deux centimètres cubes d'eau distillée. L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de ces injections qui sont renouvelées tous les huit jours. Sur sept malades qui ont suivi ce traitement pendant trois mois, quatre ont été améliorés. L'auteur fait remarquer que c'est là une nouvelle voie thérapeutique et qu'il est possible de traiter les paralytiques généraux par l'injection de sels de mercure dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Ballet, rappelle des essais analogues déjà publiés, et dit que les observations n'ont pas entraîné sa conviction. Il invite M. Marchand à ne s'en rapporter qu'à des observations très détaillées et minutieusement prises pour apprécier une amélioration réelle. Il craint que la ponction lombaire, au su de telles publications, devienne un prétexte à tentatives thérapeutiques peu justifiées.

Il y a lieu, dit-il, d'éviter de tels désagréments aux malheureux tabétiques et paralytiques généraux.

M. Toulouse. — Je voudrais savoir combien M. Marchand a pratiqué d'injections par la voie lombaire.

M. Marchand. — Le traitement a été suivi pendant trois mois : je faisais à chaque malade une injection par semaine, soit en tout 80 piqûres environ.

M. Toulouse. — En attendant que M. Marchand nous livre le détail de ses observations et puisse, ou non, nous confirmer les bons résultats qu'il a entrevus au point de vue spécial de la paralysie générale, je retiens de sa communication ce gros fait : qu'il lui a été possible de faire sans accidents des injections médicamenteuses en nombre relativement élevé dans la cavité rachidienne.

A ce point de vue, malgré les appréhensions de M. Ballet, les résultats de la tentative de M. Marchand la justifient.

M. Ballet. — Il est incontestable que la voie rachidienne constitue une voie thérapeutique nouvelle. J'estime toutefois qu'il faut être très prudent dans l'emploi de la ponction lombaire suivie

Digitized by Google

d'injection médicamenteuse. M. Toulouse pense que cette méthode est innocente, elle l'est peut-être chez les paralytiques généraux ou les tabétiques, protégés par l'inflammation chronique de leurs méninges. Le serait-elle chez des individus indemnes à ce point de vue ? je ne le crois pas.

M. TOULOUSE. — Je ne veux pas dire que la méthode soit, en tout et pour tout, innocente. Je répète seulement que les 80 injections sans accidents de M. Marchand sont un argument en faveur de son emploi; et c'est là un gros fait à méditer.

M. DIDE rappelle à ce propos que le Pr Joffroy ayant eu l'idée d'injecter de l'iodure de potassium par la voie lombaire, le chargea d'expérimenter sur des lapins qui moururent tous. L'iodure de potassium, parait avoir été particulièrement toxique, car l'injection de sels de gaiacol ne fut pas suivie de mort. Nous n'avons jamais injecté d'iodure chez l'homme. M. Sicard a publié deux observations suivies de mort : il a renoncé à l'emploi de la méthode.

M. MARCHAND fait remarquer que les doses injectées à ces animaux étaient vraisemblablement trop élevées.

M, BRIAND estime que l'injection médicamenteuse intrarachidienne n'est pas exempte de périls, car le procédé d'anesthésie par la cocaïne de M. Tuffier ne s'est pas généralisé parmi les chirurgiens.

M. BALLET. — Certains chirurgiens restent convaincus de l'innocuité de la méthode : ils en éviteraient les dangers en faisant dissoudre la cocaïne dans du liquide céphalo-rachidien préalablement ponctionné, puis réinjecté en quantité moindre. L'eau serait particulièrement dangereuse.

M. TOULOUSE. — La cocaïne en injections sous cutanées a occasionné aussi des accidents : on ne doit donc pas rendre la voie d'apport responsable de tous les accidents observés après la cocaïnisation rachidienne.

Nécrologie. — Au début de la séance, M. MOTET, président, rappelle la perte que vient de faire la société en la personne de M. Henri DAGONET, et prie M. CHRISTIAN de lire l'éloge prononcé par lui sur la tombe de M. Dagonet.

M. MOTET fait ensuite part d'un nouveau deuil, en annonçant à la société la mort récente de M. ROUSSELIN, à la mémoire de qui M. GIRAUD vient rendre hommage.

Election. — Sur le rapport de M. Dupain, M. Cololian est élu membre correspondant.

JUQUELIER.

Questionnaire

Les résultats de l'enquête faite par la *Revue de Psychiatrie* sur le maintien des alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus seront publiés dans le prochain numéro.

Digitized by Google

NOTES & INFORMATIONS

Traitement de l'agitation et Bain permanent. — ALTER. Recherches sur le traitement des états d'agitation par la suppression de l'isolement et l'hydrothérapie (bain permanent et enveloppement). *Centralbl. f. nervenh. u. Psychiatr.*, Mars 1902.

L'auteur a entrepris, au pensionnat de l'asile de Leubus, une série de recherches, afin d'expérimenter un traitement de l'agitation établi sur les bases suivantes : suppression de l'isolement cellulaire et de l'usage des narcotiques d'une part et, d'autre part, application des enveloppements et du bain permanent, suivant la méthode de Kraepelin (voir P. Sérieux. *Le traitement des états d'agitation par le bain permanent. Rev. de psychiatrie* 1902, p. 127). Le nombre de malades traités a été de 55, dont la majorité étaient des chroniques, très difficiles et très désagréables, bruyants, malpropres et inabordables. La plupart disposaient d'une chambre particulière. Le traitement antérieurement employé consistait surtout dans l'isolement et les narcotiques (paraldéhyde, chloral, trional, morphine, scopolamine).

L'auteur commença par supprimer l'isolement cellulaire et par prescrire des bains prolongés (36 à 48 heures), en s'abstenant, sauf chez 4 malades, de donner des narcotiques. Le résultat fut très satisfaisant aussi bien chez les aigus que chez les chroniques. Plus tard on eut recours aux enveloppements (de deux heures chacun, répétés deux fois par jour), aux bains permanents ; on réussit ainsi à calmer des paralytiques excités, violents, que n'avaient pas améliorés le repos au lit et les narcotiques. En quelques mois, la division des pensionnaires n'a plus eu un seul malade isolé, et les narcotiques n'ont été employés que dans des cas exceptionnels. Dans le courant de janvier 1902, on a donné 174 bains de 2 heures (sans compter les bains de propreté), 41 bains de 4 heures, 111 bains d'une journée et 18 bains de nuit, le nombre des enveloppements a été de 531. Le nombre de baignoi- utilisées est de 9. dont six fixes et trois transportables, soit une baignoire pour six malades.

Le *bain permanent* n'a présenté aucun inconvénient. On n'a pas observé de collapsus bien que chez 12 malades le cœur fut lésé. Deux sujets atteints de furonculose ont guéri sans incision. Trois cas légers d'eschare se sont produits chez des paralytiques. consécutivement au frottement sur le fond de la baignoire ; aussi a-t-on pris l'habitude de mettre un fond de bain de toile pour tous les malades devant rester au bain plus de 4 heures ; depuis on n'a plus observé d'eschare. La température de l'eau a été maintenue entre 34° et 35° ; chez les sujets anémiques ou délibités, la température à été portée à 36°. L'alimentation s'est faite d'une façon très satisfaisante, bien mieux que chez les malades qui gardent le lit

Digitized by Google

grâce aux narcotiques. Deux malades seulement ont dû être alimentés à la soude. Le sommeil a été en général bon chez les sujets qui restaient au bain la nuit. Chez tous les patients traités par le bain, les mains et les pieds sont enduits de corps gras ; les baignoires sont recouvertes d'une alèze ; les salles de bains sont segmentées par des paravents. Une surveillance continue est exercée ; sauf exception, un infirmier suffit pour 4 malades. Il est rare de voir les sujets refuser de rester au bain ; la plupart malgré quelques récriminations, restent tranquilles : quelques-uns lisent, jouent, etc.

Les *enveloppements* (33° à 35°) sont un excellent moyen pour amener le calme et le sommeil : chez les paralytiques agités, qui ne dorment pas, ils ont souvent des résultats surprenants. Les malades les préfèrent en général aux bains : ils peuvent ainsi rester dans leur lit et dans leur chambre. L'action des enveloppements sur le sommeil et surtout sur l'appétit est encore plus favorable que celle des bains. Des malades qui refusaient la nourriture ont mangé spontanément après les enveloppements. Chez des sujets atteints d'insomnie, tranquilles, les enveloppements sont de beaucoup supérieurs à tout hypnotique. Jamais on n'a eu recours à l'enveloppement comme à un succédané du restreint.

Le seul reproche que l'on peut faire à cette médication hydrothérapique, c'est le personnel plus nombreux qu'elle exige. Dans son service l'auteur disposait d'un infirmier pour 2. 4 malades.

P. S.

La psycho-physiologie d'Émile Zola. (Dr Toulouse. *Le Temps*, 3 oct. 1902).

« Une mort tragique me donne l'occasion d'ajouter une page à la longue étude psycho-physiologique qu'Emile Zola — avec tant de patience et de courage — avait laissé faire sur lui de son vivant. Je voudrais — sous une forme concise mais définitive — donner mon opinion sur ce grand esprit et rectifier ainsi les interprétations que l'on a tirées si souvent des résultats de mon enquête.

Ce que je désire expliquer ici en peu de mots, c'est d'abord quelle est la supériorité intellectuelle de Zola et son mécanisme psychologique, et ensuite que son observation est un exemple d'une grande valeur instructive et éducatrice.

Chez Zola toutes les fonctions intellectuelles s'exerçaient dans le sens d'une finalité consciente. L'attention volontaire était très intense. Placé en face d'objets qu'il voulait voir pour décrire, il était apte à saisir une foule de détails. Au cours des nombreuses expériences que je fis sur lui, je lui présentai durant quelques instants la photographie d'un petit idiot. Bien que Zola ne fut pas médecin, il fut frappé par toutes les particularités anatomiques de cette image, et remarqua la saillie de l'ombilic à peine visible sur la photographie ; l'idiot avait, en effet, une légère hernie ombilicale.

Lorsque Zola ne voulait plus observer, dans la rue, en visite, son attention tombait. Il lui arrivait souvent de ne pas saluer les gens qu'il rencontrait et qu'il regardait sans reconnaître. « On pourrait supposer, me disait-il, que je suis dans ce cas absorbé par des méditations profondes, et des gens doivent dire en me voyant : Il doit penser à son roman. La vérité, c'est qu'alors je ne pense à rien.

Digitized by Google

La mémoire de Zola avait la même propriété. On pouvait la comparer à un appareil photographique qui, armé, est capable de saisir les objets avec la plus grande netteté et qui autrement ne peut rien fixer. Lorsque Zola préparait un livre, tous les faits utilisables dans son œuvre s'enregistraient aisément, s'ordonnaient d'eux-mêmes en des groupements méthodiques et par des affinités très fortes, étaient enfin retenus selon leur importance. Et au moment de la composition, les images des objets avec leurs couleurs et leurs formes, leurs odeurs même, revenaient en foule et dans des arrangements systématiques.

En dehors de cet état de tension de la mémoire volontaire, l'esprit du romancier ne fixait plus ou mal. A la Société des gens de lettres, dont il était le président, il mit trois mois pour se rappeler les noms des vingt-quatre membres du bureau, qu'il devait pourtant appeler fréquemment par leurs noms pour les faire voter.

Zola ne se préoccupait pas de retenir des faits pour une œuvre indéterminée. Quand il préparait la *Terre*, il s'occupait des paysans, mais aucune observation sur les militaires ou les financiers ne l'aurait intéressé. D'autres romanciers, au contraire, notent des paysages, des physionomies, des gestes, de courtes histoires, qu'ils exhument un jour de leurs papiers pour les piquer dans un roman.

En ce sens toutes les fonctions physiques se ressemblaient chez Zola. L'imagination, notamment, était tout aussi systématique. On sait que Zola posait d'abord les idées générales qu'il voulait illustrer ; et c'était par des déductions qu'il créait les personnages qui devaient les représenter. Mille faits concrets surgissaient alors dans son esprit qui venaient s'organiser dans ce système et donner une vie intense à ces abstractions philosophiques.

Cette qualité, l'affinité des images dans un but logique, était prépondérante chez Zola. C'est elle qui, se développant progressivement, caractérise le mieux l'esprit adulte, la mentalité de l'homme civilisé, l'intelligence normale. Elle canalise les processus psychiques, fait servir les forces intellectuelles en diminuant l'effort mental et les déchets, est la base d'un caractère homogène, et permet à la volonté d'agir dans un sens défini.

Cette fonction intellectuelle était au plus haut point développée chez Zola ; et c'était bien là qu'il fallait voir sa supériorité intellectuelle.

Par ce côté, il se rattache à tous les grands créateurs, qui ont été des esprits systématiques, aux efforts patients et nettement éclairés dans leurs buts. Hugo et Balzac — pour ne citer que des littérateurs — ont montré par leurs œuvres la même organisation cérébrale. L'esprit primesautier et inégal dans l'inspiration que l'on accorde souvent aux artistes ne paraît pas compatible avec les grandes forces créatrices qui agissent plus uniformément.

Cette mentalité particulière explique l'œuvre tout entière de Zola et sa vie aussi. Il a systématisé en littérature les tendances réalistes de la philosophie d'Auguste Comte et de Taine. Il alla jusqu'au bout de ce système en créant le roman d'observation intégrale, voulant étudier expérimentalement l'hérédité morbide sous ses mille aspects, ne reculant devant aucune audace d'expression et d'observation. Ses œuvres s'enchaînent dans des cycles fortement unis : *les Rougon-Macquart, les Trois Villes, les Quatre Evangiles.*

Mais Zola n'eut pas seulement ce don de supériorité intellectuelle. Par les luttes de sa volonté, il fut d'un haut enseignement pour le psychologue, le médecin et l'éducateur. On a souvent dit que l'homme était un esprit servi par des organes. Cette formule paraissait plus vraie lorsqu'on

Digitized by Google

observait Zola. Cet esprit systématique se faisait, par le simple raisonnement, une ligne de conduite souvent opposée à ses instincts, et il la suivait, soutenu seulement par l'idée du devoir qu'il s'était fixé.

Zola aimait à répéter que le travail était pour lui pénible, « qu'il enfantait dans la douleur »; et je crois en effet que son organisation physique, avec ses tendances d'arthritique gras, le poussait à la paresse. Il décida de dompter ce défaut en s'astreignant à une besogne journalière déterminée. Durant trente ans de ce régime de production, il a écrit presque tous les jours pendant trois heures, remplissant cinq pages de son écriture grosse et large. Et c'est ainsi qu'il a pu faire une des œuvres litteraires les plus abondantes du siècle.

Cette ténacité dans l'effort vers un but qui lui apparaissait logique, Zola l'employa dans toute son activité. Tel il se montre dans sa poursuite des titres académiques, qui dans son esprit devait consacrer sous une forme populaire sa victoire de grand romancier, tel il fut dans sa lutte contre l'obésité dont il craignait l'influence sur son travail, tel enfin il se jeta délibérément et sans faiblir un moment dans la dernière Bataille de sa vie.

Zola était très émotif, ainsi que je l'ai mis nettement en lumière dans mon enquête. Ses réactions émotionnelles avaient une grande force et des tendances désordonnées. Très timide, il redoutait particulièrement de parler en public. Et l'idée d'avoir à prononcer quelques paroles dans une réunion le mettait dans un état de véritable angoisse. Au congrès des journalistes de Londres où il eut à prononcer une allocution, il dut lire le petit discours qu'il avait préparé. Or, la connaissance qu'il avait de ses défauts ne le faisait pas dévier de ses projets. Il souffrait beaucoup des attaques de presse et ne craignait pas de les provoquer par l'exposition de ses idées. Il criait bien haut la vérité là où il la voyait, sachant qu'elle allait lui attirer des haines dont il serait très affecté. Sujet à des accès d'angine de poitrine, que les émotions provoquaient, et au cours desquels il avait la dramatique appréhension d'une mort subite le souvenir de ces crises ne l'empêchait pas de prendre une attitude qui devait forcément le mêler à des incidents où il serait sujet à des paroxysmes très douloureux.

Mais toute cette émotivité réellement morbide, laissait intacte son intelligence, toujours pondérée, lucide et parfaitement équilibrée. « Ce sont, comme je l'ai écrit dans mon livre, des esprits de ce genre qui ont le plus contribué à répandre, comme une vérité, cette hypothèse que l'homme est maître de ses actions ».

Tous ses actes étaient l'objet de longues délibérations et il en pouvait donner des raisons précises, avec la claire conception des conséquences de son activité.

J'ai dit que le caractère de Zola était d'un précieux enseignement. Au médecin et au psychologue il montre d'une manière éclatante le pouvoir de l'idée sur le corps, de la volonté sur la maladie. Pour le philosophe, il est la preuve qu'une règle de conduite individuelle étroite peut être établie sans le secours d'aucune idée religieuse. »

L'idée de beauté chez les enfants. — Tel est le sujet d'une enquête dont Mlle Emma Gifford a récemment rendu compte à l'association pour l'étude de l'enfant du New-Jersey (Etats Unis).

La question posée à deux mille élèves, était celle ci : « Quelle est la chose la plus belle que vous ayez jamais vue ? Décrivez-la et dites pourquoi vous la trouvez belle. »

Digitized by Google

Des 97 objets considérés comme « les plus beaux » par un ou plusieurs enfants, aucun n'était entièrement dépourvu de beauté. Il semble donc que le sentiment du beau soit au fond de toute âme humaine.

Les objets choisis ont été divisés en « naturels » et « artificiels ». Cette distinction, réduite en chiffres et représentée graphiquement, montre que la ligne « naturelle » s'élève d'une façon considérable, sinon tout à fait régulière, entre les deux âges limite de huit à seize ans.

Les objets qui ont obtenu le plus de suffrages ont pu être classés en paysages, fleurs, animaux, poupées. Les poupées ont été choisies — ce qui était à prévoir — par les petites filles seulement, et surtout entre la huitième et la neuvième année. A cet âge, 10 p. 100 des réponses donnent la poupée comme l'idéal de la beauté.

Les animaux sont choisis à tous les âges, mais plutôt par les garçons. A neuf ans, ils sont représentés, dans le total des choix par le chiffre de 33,75 p. 0/0.

Les fleurs ont aussi beaucoup d'admirateurs, le maximum (25 p. 100 des choix féminins) est atteint à l'âge de douze ans. La couleur et le parfum sont naturellement, les raisons que ces enfants donnent de leur admiration.

Au dessus de la douzième année, les paysages passent au premier rang des préférences esthétiques. Dans la seizième année, ils sont choisis par 50 p. 100 des garçons et 76 p. 100 des filles. A huit ans cette proportion n'est respectivement, que de 8 à 2 p. 100 Parmi les éléments favoris du paysage, les chutes d'eau sont souvent mentionnées. Le coucher du soleil ne l'est pas avant la onzième année, mais il devient vite le phénomène favori et, dans la seizième année, 32 p. 100 des compositions lui donnent la préférence.

Cette enquête n'a pas seulement une valeur au point de vue de l'éducation esthétique, elle donne encore des indications au moins curieuses sur ce qui intéresse les enfants aux différents âges scolaires. (Revue pédagogique, 1902).

Personnel des asiles d'aliénés — *Mouvement d'octobre.* — M. le Dr CHAUSSINAUD, Directeur-médecin à l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr TRUELLE, Médecin-adjoint à Dun-sur-Auron, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr BRUNET, Médecin-adjoint à l'asile de Moulins, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr POCHON, Médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec, promu à la 1re classe du cadre.

Digitized by Google

NÉCROLOGIE

JULES FALRET

Le 28 mai 1902, mourait à Vanves un aliéniste éminent, le docteur Jules Falret. Né à Vanves en 1824, dans la maison de santé fondée par son père Jean-Pierre Falret et par Félix Voisin, les influences du milieu où il vivait le conduisirent naturellement à se spécialiser de bonne heure dans l'étude de la psychologie morbide et des maladies mentales. Interne des hôpitaux en 1847, il fut reçu docteur en 1853 et choisit pour sujet de thèse : *La folie paralytique et les diverses paralysies générales.* Ce premier travail qui constitue une œuvre remarquable où sont exposés les caractères du délire, la marche de la maladie et l'étude de formes morbides confondues jusque là avec la paralysie générale et qui doivent en être différenciées, dénote déjà un sens clinique très sûr guidé par l'observation consciencieuse des faits. Aussi les nombreux travaux ultérieurs sur le même sujet n'ont-ils pas apporté de modifications à bien des points qui avaient été établis par J. Falret. Cette question de la paralysie générale l'intéressait tout particulièrement et nous le voyons revenir sur elle en 1854, d'abord dans les *Archives Générales de Médecine*, à propos du *Diagnostic différentiel des paralysies générales*, puis dans un discours prononcé, la même année, à la société médico-psychologique pour défendre contre les objections qui tendraient à l'ébranler ou à la détruire, cette idée déjà adoptée dans sa thèse, que la paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale caractérisée par ses lésions anatomiques, par ses symptômes physiques, par la spécialité de son délire et par sa marche. Enfin au Congrès internationnal de médecine mentale, tenu à Paris en 1878, il faisait une communication sur les variétés cliniques de la paralysie générale et concluait en déclarant qu'il fallait établir des groupes et des catégories spéciales au milieu de cette immense collection de faits réunis jusqu'alors sous le terme générique trop vague de paralysie générale des aliénés.

Mais il ne faudrait pas croire que J. Falret ait borné ses investigations à un point restreint de la pathologie mentale ; il a exploré le domaine de celle-ci dans toute son étendue et y a semé, sur beaucoup de points, des idées nouvelles qui ont aujourd'hui conquis définitivement droit de cité dans la science.

En 1857, dans les *Archives Générales de Médecine* il publie une étude sur la *Catalepsie* où il montre que l'on a jusqu'alors réuni sous ce nom des faits qui diffèrent singulièrement les uns des autres et que, dans la description que l'on a donnée de cette affection, on a plutôt fait l'histoire d'un symptôme que d'une maladie véritable.

C'est encore dans le même journal que, de 1860 à 1862, il fait paraître deux mémoires sur les *Théories physiologiques de l'épilepsie* et sur *l'Etat mental des épileptiques*. Dans ce dernier travail, il expose, avec une précision et une clarté remarquables, les pertur-

Digitized by Google

bations psychiques des épileptiques avant, pendant ou après l'attaque, dans l'intervalle des attaques et celles qui constituent par leur durée une véritable folie. Et dans la folie épileptique il différencie deux formes : *le grand mal intellectuel*, connu généralement sous le nom de *manie avec fureur*, en raison de l'extrême violence des individus atteints de cette forme particulière de maladie mentale, et le *petit mal intellectuel*, état qu'il désigne le premier, sous cette dénonciation qui a été conservée dans la terminologie médicale. Le *petit mal intellectuel*, qui tient le milieu entre les anomalies légères que peuvent présenter les épileptiques et les accès de fureur maniaque, a, comme il le montre, une importance extrême au point de vue médico-légal, les actes délictueux ou criminels accomplis par des épileptiques, dans cette situation morbide, pouvant fort bien, dans certains cas, ne pas être rattachés à leur véritable cause : l'épilepsie.

Puis, en 1864, il fait paraître un travail sur les *Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales*, dans lequel il se propose de tirer du rapprochement des faits dispersés dans les ouvrages des auteurs français et étrangers quelques inductions sur la valeur de ces symptômes dans le diagnostic et le pronostic des affections cérébrales ainsi que des éléments pour éclairer la physiologie de la parole et la théorie du langage. Dans sa conclusion, tout en louant sans réserve les tentatives faites pour élever le symptôme si complexe de l'aphasie au rang d'une maladie spéciale, il déclare que cette question ne lui semble encore pas mûre, qu'elle est plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord et que toute généralisation absolue serait, à ce moment, prématurée. Ce mémoire a été ensuite complété par l'auteur dans les articles *Amnésie* et *Aphasie* du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publiés en 1866.

Rappelons encore ses deux discours de janvier et d'octobre 1866, à la Société médico-psychologique, sur la *Folie raisonnante* ou *Folie morale* qui posent un certain nombre de questions intéressantes à l'examen de la société et dans lesquels il soutient, contrairement à l'opinion généralement admise, qu'il n'existe pas dans l'aliénation mentale, de lésions isolées des sentiments ou des instincts, sans pertubations simultanées des facultés intellectuelles. Citons aussi son article sur la *Consanguinité* (1866), sa communication à la société médico-psychologique sur *l'Emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques* (juin 1870), son mémoire sur la *Folie à deux*, en collaboration avec Lasègue, (*Archives Générales de Médecine* de septembre 1877) où sont très bien exposées les conditions dans lesquelles est possible la contagion de la folie : son article sur la *Folie circulaire* ou *Folie à formes alternes* (*Archives Générales de Médecine*, décembre 1878 et janvier 1879), et son rapport au Congrès de médecine mentale de 1889 *sur les obsessions intellectuelles émotives et instinctives*.

En même temps qu'il publiait des travaux cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, Jules Falret s'intéressait aussi à l'assistance et à la médecine légale des aliénés. Il étudia la *colonie*

Digitized by Google

de Ghzel (1862) qui a servi de point de départ à tout ce qui a été fait dans le sens de la liberté plus grande à accorder aux aliénés. Il examina ensuite les *Divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés* et particulièrement l'asile médico-agricole de Leyme, dans le Lot (1863-1864). Au cours d'un voyage en Hollande, en 1861, il visita les asiles de Dordrecht, d'Utrecht et de Meerenberg et commnniqua à la société médico-psychologique l'excellente impression que lui avaient produite les asiles d'aliénés de Hollande, tant au point de vue des constructions qu'à celui de l'organisation intérieure.

A propos des projets de réforme de la loi de 1838, il fut amené, en 1869, à étudier *Les législations étrangères sur les aliénés.* Les études médico-légales relatives aux aliénés l'ont aussi vivement préoccupé : il prononça en juillet et en octobre 1868, deux discours à la société médico-psychologique sur les *Aliénés dangereux* et *Les asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* et publia, en 1876, dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales un important article sur la *Responsabilité légale des aliénés.*

Il convient d'ajouter à cette longue liste de travaux, les leçons cliniques qu'il professa à l'école pratique de la faculté de médecine, à Bicêtre et à la Salpêtrière, établissements dont il fut médecin de 1867 à 1898.

J. Falret possédait à un haut degré les qualités du cœur. Il s'occupa toujours très activement du *Patronage pour les aliénés indigents*, fondé par son père.

Médecin d'une rare valeur intellectuelle, J. Falret faisait montre d'une extrême modestie. Tous ceux grands et petits, qui ont fréquenté son service ont conservé le souvenir de l'accueil bienveillant qui leur était réservé.

D'une bonhomie souriante qui cachait du reste un esprit des plus fins et des plus déliés, connaissant la vie et les hommes, il apportait dans l'existence une aimable philosophie qui ne l'a pas quitté jusqu'à sa mort.

Bon et charitable, il ne se désintéressait jamais d'une infortune qui avait recours à sa générosité ; ceux qui vécurent dans son intimité sont là pour en témoigner. La maison de santé de Vanves, si connue pour l'accueil cordial qu'on y recevait, conservera longtemps le souvenir de celui qui pratiquait si largement l'hospitalité.

Dr PACTET.

L'INTERMÉDIAIRE

(La *Revue de Psychiatrie* offre à ses abonnés le moyen de correspondre entre eux sous cette rubrique) :

Demandes

1. On demande la relation de cas de paralysie générale sénile (au-dessus de 60 ans) ?
2. Existe-t-il en France des asiles où les aliénés tuberculeux soient isolés ?
3. Pourrait-on indiquer une description des troubles soi-disant épileptiques de Napoléon Ier rapportée par un médecin contemporain ?

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques
(1902, 8e série, XVI, n° 2, Septembre-Octobre).

Séglas (J.). Les hallucinations unilatérales (suite). 208-233. — **Viallon.** Suicide et folie (suite). 234-254. — **Garnier (Samuel).** De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être (suite). 255-274. — **Chaslin (Ph.).** Quelques livres récents sur l'épilepsie. 275-283.

Archives d'Anthropologie Criminelle
(1902, nouvelle série, I).

Binet-Sanglé. Physio-psychologie des religieuses (suite). N° 105, 15 septembre, 518-545. — **Régis (E.).** La folie dans l'art dramatique. N° 106, 15 octobre, 581-606. — **Binet-Sanglé.** Physio-psychologie des religieuses (suite et fin). 607-623.

Assistance Familiale
(1902, 11e année, 3e série).

Meeus (Fr.). Une intéressante survivance. N° 18, 30 septembre, 121-128. — **Dufournier.** L'assistance familiale des malades chroniques. N° 19, 15 octobre, 191-193. — **Salomon.** Assistance médicale en famille à la campagne (séance du 30 octobre. (S. III, 2e partie). 194-198. — **Dorizon.** Du traitement à domicile des malades. 199-206.

Bulletin Médical (1902, 16e année).

Marandon de Montyel. Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la glycosurie dans la paralysie générale. N° 78, 1er octobre, 821-824. — **Roubinovitch.** Sur la possibilité d'un programme international dans l'étude de la psychiatrie. N° 83, 18 octobre, 865-868.

Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1902, 3e série, 19e année).

Joffroy (A.). Surdité verbale chez un paralytique général. N° 29, 23 octobre, 863-867.

Chronique Médicale (1902, 9e année).

Cottin (Paul). Une névrosée mondaine au XVIIIe siècle ; Sophie de Monnier (étude de psychologie morbide). N° 19, 1er octobre. 613-623.

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXV).

Simon (Th.) et **Roux (J.-Ch.)** adressent une Note « sur un nouvel ergomètre ». N° 14, 6 octobre, 545 (séance du 6 octobre 1902). — **Wedensky (N.-E.).** Les excitants et les poisons du nerf. N° 15, 13 octobre, 584-587 (séance du 13 octobre). — **Dubois (Raphaël).** Sur le mécanisme intime de la fonction photogénique; réponse à M. James Dewar. N° 16, 20 octobre, 636 (séance du 20 octobre).

Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Féré (Ch.). De l'influence des différences de poids soulevés au même rythme sur le travail et sur la fatigue. N° 28, 24 octobre, 1112-1114 ; Phobies gémellaires. 1114-1116.

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Marandon de Montyel (E.). Contribution à l'étude de la sialorrhée dans la paralysie générale. N° 110, 30 septembre, 1085-1087. — **Moty.** Observa-

Digitized by Google

tion de stupeur lypémaniaque ancienne guérie rapidement par la ponction rachidienne. N° 116, 14 octobre, 1141. — **Brouardel (Georges)** et **Lortat-Jacob (L.)**. Aérophagie ; — Hoquet hystérique. N° 121, 25 octobre, 1191.

Journal de Physiologie et de Pathologie générale
(1902, IV, n° 5, 15 Septembre).

Jonnesco (T.) et **Floresco (N.)**. Phénomènes observés après la résection du nerf sympathique cervical chez l'homme. 845-861.

Presse Médicale (1902, II).

Raymond (F.). Un cas de syndrome cérébelleux. N° 81, 8 octobre, 963-965.

Progrès Médical (1902, XVI).

Paris (A.). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde. De ses rapports avec l'aliénation mentale. N° 42, 18 octobre, 241-246.

Revue de Médecine
(1902, 22e année, n° 10, 10 Octobre).

Londe (P.). De l'angoisse (suite et fin). 868-889.

Revue de Philosophie
(1902, 2e année, n° 6, 1er Octobre).

Peillaube (E.). L'imagination. I. Les images visuelles. 701-718.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Vaschide et **Vurpas (Cl.)**. Essai sur la psycho-physiologie du sommeil. Le sommeil dans la paralysie faciale. N° 18, 30 septembre, 899-907. — **Rossolimo (G.)**. Le réflexe vulvo-anal. N° 19, 15 octobre, 935.

Revue Philosophique
(1902, 27e année, n° 10, Octobre).

da Costa Guimaraens (F.). Le besoin de prier et ses conditions psychologiques. 391-412. — **Paulhan (Fr.)**. La méthode analytique dans la détermination des caractères. 413-416.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Leiteisen. Contribution à l'étude du rôle du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de la puberté. 5 novembre.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie
(1902, LIX, 5 heft. 8 Octobre).

Pfister (Hermann). Ueber Paranoia chronica querulatoria. 589-622. — **Schulze (Hans)**. Sektirerthum und Geitesstörung. 622-658. — **Chotzen (F.)**. Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose. 658-676. — **Würth**. Ueber das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge. 676-684. — **Wickel (C.)**. Ueber Gehirnsektion mit Demonstrationen. 684-692.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie
(1902, XXV, N° 153, 15 Octobre).

Storch (E.). Der mechanismus der Willkürbewegungen. 601-620.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie
(1902, XII, heft 4, Octobre).

Raimann (Emil). Ein fall von cerebropathia psychica toxaemica (Korsakoff) gastro-intestinalen Ursprungs. 329-339. — **Rosenfeld (M.)**. Klinischer und anatomischer beitrag zur erkrankung der neuroglia (hierzu Tafel X). 339-359. — **Gross (Otto)**. Die affektlage der Ablehnung. 359-370. — **Lilienstein**. Versammlung deutscher naturforscher und aerzte in

Digitized by Google

Karlsbad. 404-407. — **Kaes (Theodor).** Zur pathologischen anatomie der dementia paralytica (fortsetzung). 370-404.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Kolb (G.). Project eines Stadtasyles. N° 26, 27 septembre, 289-296. — **Lundborg (Herman).** Dementia paralytica bei einem Ehepaar. N° 27, 4 octobre, 301-304. — **Hallervorden.** Eine neue Methode experimenteller Physiognomik. N° 28, 11 octobre, 309-311. — **Lundborg (Herman).** Dementia paralytica bei einem Ehepaar. 311-313. — **Weygandt.** Ueber die Berechtigung der forensischen Psychiatrie. N° 29, 18 octobre, 317-322. — **Marie (A.).** A propos du Congrès d'Anvers. N° 30, 25 octobre, 325-328.

ANGLETERRE

Journal of Mental Science
(1902, XLVIII, N° 203, Octobre).

Wiglesworth (J.). The presidential address, delivered at the Sixty-first annual meeting of the Medico-Psychological Association, held at Liverpool on July 24th, 1902. 611-645. — **Greenlees (T. Duncan).** A statistical contribution to the Pathology of Insanity. 645-666. — **Mott (F.-W.).** Importance of Stimulus in Repair and Decay of the Nervous System. 667-687. — **Harrisson (Damer).** Some remarks on the surgical treatment of insanity. 687-697. — **Clouston (T.-S.).** The possibility of providing suitable means of treatment for incipient and transient mental diseases in our great general hospitals : a discussion opened. 697-709. — **Bond (C.-Hubert).** Medico-Psychological Statistics : the desirability of definition and correlation with a view to collective study. 709-732. — **Leeper (R.-R.).** Observations on the neuroglia cell and its processes. 732-734. — **Dawson (W.-R.).** Note on the pathogenesis of diabetic insanity. 735-738. — **Sproat (J.-H.).** The care of idiots and imbeciles. 738-748. — **Raw (Nathan).** The relation of mental symptoms to bodily disease, and their treatment. 748-751. — **Urquhart (A.-R.)** and **Ford Robertson (W.).** A case of epilepsy with glioma following on traumatic injury of the brain. 751-755. — **de M. Alexander (H.).** A case of sulphonal poisoning. 755-756.

Mind (1902, Nouvelle série, XI, N° 44, Octobre).

Bradley (F.-H.). The Definition of Will. 437-470. — **Marshall (H.-R.).** The Unity of Process in Consciousness. 470-503.

BELGIQUE

Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique
(1902, N° 106, Septembre).

Meeus (F.). De la démence précoce chez les jeunes gens (2e suite). 249-277. — **Lentz** et **De Boeck.** Vol avec escalade et effraction. Simulation d'aliénation mentale. Rapports médico-légaux. 277-317. — **Maere.** Visite faite à un certain nombre d'établissements d'aliénés en Allemagne, Bavière et Autriche. 317-332.

Journal de Neurologie
(1902, 7e année).

Résumés originaux des rapports présentés au Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Anvers, 1-7 septembre, 1902. N° 18, 20 septembre, 343-378.

ÉTATS-UNIS

Journal of Nervous and Mental Disease
(1902, XXIX, N° 10, Octobre).

Fry (Frank-R.). A case of Severe Hysterical Contracture of the Leg, and Its Treatment. 604-610. — **Browning (William).** Pseudo-Epilepsies,

Digitized by Google

and the Relief of some Forms by Thyroid. 610-620. — C.-R. Chicago Neurological Society. December 19, 1901.

Monist (1902, XIII, N° 1, Octobre).

Kuelpe (O.). The problem of attention. 38-68. — **Carus (P.).** The problem of consciousness. 69-79.

HOLLANDE

Psychiatrische en Neurologische Bladen (1902, N° 5, Septembre-Octobre).

Hulst. De celverhoudingen in den normalen Gyrus Hippocampi, Cornu ammonis en Gyrus dentatus. 327-345. — **Van der Kolk (J.).** Vijf gevallen van epileptische krankzinnigheid zonder toevallen. 345-369. — **Jelgersma (G.).** De bedekking van preparaten. 370-376.

ITALIE

Rivista di Patologia nervosa e mentale (1902, VII, fasc. 9, Septembre).

Catola (G.). Sulla presenza di nevroglia nella struttura dei plessi coroidei. 385-390. — **Giani (R.)** ed **Ligorio (E.).** Le alterazioni della cellula nervosa nell' awelenamento acuto e eronico da iodoformio. 390-400. — **Ravenna (Ettore)** e **Montagnini (Teofilo).** Contributo allo studio della illusione igrica. 400-408.

LIVRES REÇUS

Crime et Anomalies mentales constitutionnelles. La plaie sociale des déséquilibrés à responsabilité diminuée, par le Dr AUG. FOREL, ancien professeur à l'Université et ancien directeur de l'Asile cantonal des aliénés à Zurich et le Dr ALBERT MAHAIM, profr à l'Univ. de Lausanne et directeur de l'Asile des aliénés de Cery. 1902, 1 vol. in-8°, 300 p., broché, 5 francs, Paris, F. Alcan, éditeur, 108 boulev. St-Germain.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. Rapport présenté au nom de la IVe Section, sur la convalescence des aliénés, par le Dr LEGRAIN, 1902, 1 broch., 229 p.

Psychiatrie für ärzte und studirende bearbeitet, par ZIEHEN (TH.). O. Professor an der Universität Utrecht. 1902, 1 vol. in-8° 750 p. broché, Sammlung Medizinischer Lehrbücher XVII. Prix : M. 16. — S. Hirzel, Leipzig, 1902.

Analyse de la sensation de la douleur pendant l'accouchement et dans la période consécutive, par SCHIPOFF, 1901, 1 broch., 32 p.

Essai sur les lois d'évolution en ce qui concerne le développement du sexe de l'embryon, par SCHIPOFF, 1901, 1 broch., 79 p.

Psychologie des déments précoces, thèse de Paris, par le Dr RENÉ MASSELON, ancien interne de l'Asile de Ville-Evrard, 1902, 1 broch., 265 p., Paris, L. Boyer, 15, rue Racine.

Atavisme psychique et paranoïa, par le Dr NINA RODRIGUES, professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia, 1902, 1 broch., 31 p. Paris, Masson et Cie, 120, boulevard St-Germain.

Studies in Psychology, edited by GEORGE T. W. PATRICK, Professor of Philosophy. University of Iowa, 1899, 1 broch., 163 p. Prix, 5 f. 40, Iowa City, Iowa, University of Iowa.

L'internement des aliénés criminels, par JEAN-GEORGES ALOMBERT-GOGET, docteur en médecine, docteur en droit, médecin adjoint à l'Asile de Bron, 1902, 1 broch., 207 p., Lyon, typographie et lithographie J. Prudhomme, 32, cours Gambetta.

Digitized by Google

BULLETIN

PROJET DE LANGUE INTERNATIONALE

La rapidité des moyens de transport et les progrès de l'industrie ont multiplié les rapports entre les hommes. Mais la parole et l'écriture, qui par leur répercussion sont réellement internationales, demeurent hermétiques pour les profanes qui n'en comprennent pas le langage.

Aucune langue n'est universelle. Le français, qui l'était pour les honnêtes gens du XVIIe siècle, a perdu peu à peu de son importance, par suite de la polynatalité de ses voisins. L'anglais a maintenant fort à lutter contre l'allemand ; demain le russe sera un nouveau concurrent pour cette première place. Il n'est donc plus possible de comprendre la majorité des savants étrangers avec le secours d'une seule des langues nationales actuelles. Alors que d'efforts dépensés à refaire ce qui s'est fait ailleurs et souvent à retomber dans les mêmes erreurs, notamment en thérapeutique et en matière d'assistance des aliénés !

Cette question a ému tous les milieux scientifiques On a proposé l'adoption d'une langue scientifique internationale. Posons bien tout d'abord ce fait qu'aucune langue nationale n'a de chances d'être adoptée. Le latin a trouvé ses protagonistes. Mais c'est une langue difficile à comprendre ; en outre elle restera toujours fermée. Or il faut à la science, qui pénètre partout la vie, une langue générale, populaire. C'est ainsi qu'est née l'idée de créer une langue artificielle.

Le Volapuk n'a pu être adoptée parce qu'elle est barbare pour tous. L'Espéranto, créée par un de nos confrères russes, a le mérite d'être beaucoup plus accessible, surtout aux peuples latins. Comme les radicaux adoptés ont été choisis parmi ceux qui étaient communs à plusieurs langues, elle peut être apprise en un mois. M. Bourlet, un des plus distingués professeurs de l'Université, s'est mis en France à la tête de la nouvelle croisade ; il a bien voulu accepter de la plaider ici même prochainement. S'il y a une profession où les membres soient solidaires par la communauté d'éducation et des conditions d'existence, la lutte contre les mêmes difficultés scientifiques et administratives, la poursuite des mêmes progrès et jusque par l'endurance des mêmes attaques injustes, c'est bien la nôtre. Il appartient donc aux aliénistes de réaliser, parmi les premiers, cette entente internationale de la langue, qui aidera sans doute à celle des cœurs.

Dr TOULOUSE.

Le gérant : A. COUESLANT.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (22-XI-02)

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE

LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS

Par le Dr Lucien Picqué

Chirurgien en chef des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine

La Chirurgie ou plus exactement l'assistance chirurgicale des aliénés date d'hier. Son organisation à Paris procède de l'évolution des idées qui s'est faite depuis quelques années dans le traitement des aliénés.

Sous l'influence d'idées fécondes en résultats utiles et en même temps humanitaires, l'aliéné est de plus en plus assimilé à un malade et les psychiatres de tous les pays se sont appliqués à réaliser dans leur mode d'hospitalisation toutes les améliorations possibles.

L'assistance chirurgicale était le dernier échelon à franchir et ce fut le plus difficile.

Certes il était rationnel de faire bénéficier les aliénés des ressources de la chirurgie et de les empêcher de succomber pendant leur séjour à l'asile à des affections chirurgicales. Mais de nombreux obstacles s'élevaient contre cette organisation nouvelle.

Beaucoup considérant à tort tous les aliénés comme incurables, s'obstinent à penser même encore aujourd'hui qu'il ne faut pas prolonger des existences qui sont pénibles aux malades et qui constituent en outre un fardeau pour la famille et la société.

Or s'il est parmi les aliénés hélas ! beaucoup d'incurables, il n'en est pas moins vrai qu'à Paris, où la population des aliénés s'élève à 14,000, il en est un certain nombre qui grâce à une hospitalisation hâtive, grâce aux progrès de la psychiatrie contemporaine récupèrent la raison et reprennent rapidement leur place dans la société et dans la famille.

A côté de ceux qui mettent en avant des raisons sentimentales parce qu'ils ont une connaissance insuffisante de l'aliéné il en est d'autres qui invoquent contre la chirurgie le principe de la liberté individuelle.

Un malade ne saurait subir une opération sans son consentement et son état mental l'empêche de le donner librement. Problème délicat et que j'ai tenu cependant dès le début à poser nettement devant les pouvoirs public, parce qu'il me paraissait indispensable d'établir sur des bases indiscutables les conditions de l'intervention chez les aliénés.

Comme mesure transactionnelle et pour permettre aux mala-

Digitized by Google

des de bénéficier de la chirurgie tout en donnant satisfaction à l'opinion de beaucoup, j'ai établi dans les asiles que le chirurgien ne devait intervenir hors les cas d'urgence, que muni de l'autorisation écrite des familles, mais j'ai montré d'autre part, dans une série d'articles qu'on trouvera insérés dans les deux premiers volumes de mon « Recueil des travaux du Pavillon de chirurgie » publié chez Masson, les inconvénients sérieux qui résultent pour les malades de cette manière de procéder.

Aussi ai-je successivement placé la question sur le terrain administratif (Congrès d'Assistance de 1900) et sur le terrain légal (Société de médecine légale). Or s'il est démontré aujourdhui que la solution est impossible sur le 1er terrain comme il résulte de la discussion qui s'est produite au Congrès d'Assistance à la suite de ma communication il est indispensable de l'obtenir sur le terrain légal : il n'est pas possible en effet que la société qui interne d'office un malade reste désarmée quand il s'agit de le soigner. Le législateur de 1838 qui considérait l'aliéné comme incurable, ne lui avait donné protection que pour ses biens : il faut que le Parlement actuel qui révise la loi de 1838, inscrive dans la nouvelle loi que désormais l'aliéné sera également protégé dans ses biens et dans sa santé[1].

J'ai dit ailleurs, les abus inouïs auxquels donne lieu la procédure actuelle : au moment même où je rédige cette revue, je viens de voir un malade qui a besoin d'une opération urgente et que la mère aliénée elle-même mais non enfermée refuse en déclarant, « qu'elle aimerait mieux tuer elle-même son enfant que de lui laisser subir une opération ». Et je pourrai encore citer des familles qui cyniquement refusent une intervention jugée nécessaire « parce qu'ils veulent hériter rapidement et ne plus payer des frais de pension ». Cette situation est absolument révoltante et demande une solution rapide.

La doctrine erronée des Psychoses-post-opératoires a longtemps fait obstacle à la chirurgie des aliénés : ses apparences scientifiques la firent admettre pendant de longues années.

[1] 1° Picqué. De l'intervention chez les aliénés envisagée au point de vue légal. *Bulletin Médical*, 16 novembre 1898.
2° Picqué. De la chirurgie des aliénés envisagée au point de vue légal et administratif. Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée, 1900.
3° Picqué. A propos de l'intervention chirurgicale chez les aliénés. *Progrès Médical*, 15 février 1902.
4° Picqué. De l'intervention chirurgicale chez les aliénés. *Bull. Soc. méd. légale*, 12 mai 1902.
5° Picqué. Du délire psychique-post-opératoire. Soc. de chirurgie, 1er mars 1898.
6° Picqué et Briand. Des psychoses-post-opératoires. Soc. de chirurgie, 9 mars 1898.
7° Picqué. Que doit-on entendre par psychose-post-opératoire. *Bulletin Médical*, 14 septembre 1893.

Digitized by Google

Basée sur des observations qui manquaient le plus souvent de rigueur scientifique et qui étaient rédigées dans un esprit de justice et de sincérité contestable par des auteurs qui prétendaient arrêter l'essor de la chirurgie contemporaine, elle laissa croire à beaucoup que les interventions chirurgicales étaient parfois capables d'engendrer la folie.

Que devait-on dès lors penser des opérations pratiquées chez l'aliéné. Et ce fut en effet la conséquence inattendue de cette doctrine dont j'entrepris la réfutation devant la société de chirurgie en 1898. Incapable de ralentir l'évolution de la chirurgie actuelle, elle eût pour résultat d'enrayer pendant de longues années toute idée d'intervention chirurgicale chez les aliénés.

Et la longue discussion de la société de chirurgie, celle qui se produisit peu après au Congrès d'Angers en réduisant à néant la légende des psychoses-post-opératoires eut pour résultat de rendre la voie libre aux chirurgiens, sur le terrain de l'aliénation mentale.

La doctrine des psychoses-post-opératoires ne fût pas le seul obstacle scientifique que la chirurgie rencontra dans les asiles d'aliénés. La tendance des chirurgiens Anglais et Américains à rechercher le traitement systématique de la folie, les excès injustifiés que cette tendance fit commettre dans plusieurs pays et les résultats déplorables obtenus chez les aliénés dont elle aggravait l'état faillite à jamais compromettre l'assistance chirurgicale des aliénés.

Elle produisit d'ailleurs dans tous les pays une réaction dont j'ai ailleurs indiqué toutes les phases [1].

Dans ces conditions et pour faire accepter désormais la chirurgie des aliénés, il fallait lui restituer un rôle purement humanitaire, la dépouiller de son caractère doctrinal et la replacer sur le terrain de la chirurgie ordinaire.

C'est ce que je me suis appliqué à faire avec l'aide de mes collègues des asiles. Assimiler l'aliéné à un malade ordinaire, l'opérer comme s'il était libre, en lui appliquant les règles ordinaires de la chirurgie et sans se préoccuper autrement de son état mental que pour lui éviter certaines opérations qui pourraient aggraver son état.

C'est cette formule, appliquée par moi, d'une façon intransigeante qui a déterminé un revirement d'opinion et consacré officiellement la chirurgie de l'aliéné dans nos établissements Parisiens.

Jusqu'alors la chirurgie à l'asile se bornait à la pratique de

[1] Picqué. De l'assistance chirurgicale des aliénés. *Revue Philantropique*, 10 décembre 1899.

Digitized by Google

quelques opérations d'urgence, une vingtaine par an environ pour une population de 7,000 malades.

Aujourd'hui que les barrières se sont peu à peu abaissées et que grâce à l'intelligente initiative de l'administration et aux sentiments humanitaires du Conseil général l'intervention chirurgicale chez les aliénés est admise définitivement dans notre pays, la conception étroite qui la dominait jusqu'ici, doit être profondément modifiée. Il faut tout d'abord s'appliquer à développer son rôle humanitaire et pour y arriver il convient d'étendre les limites de l'urgence dans laquelle elle est restée trop longtemps confinée.

Les opérations pratiquées jusqu'ici constituaient uniquement le champ de la chirurgie d'urgence proprement dite c'est-à-dire de la chirurgie destinée à combattre les affections pouvant compromettre la vie à brève échéance. Or, il faut savoir qu'à côté de celle-ci il existe une une série d'affections chirurgicales qui sont susceptibles aussi de compromettre l'existence d'une façon certaine mais à une époque beaucoup plus éloignée de leur début [1].

Les affections viscérales sont de ce nombre et elles commandent l'intervention d'une façon aussi impérieuse que les précédentes. Nous les énumérerons plus loin, mais il y a plus, et le rôle de cette chirurgie serait incomplet au point de vue humanitaire, si à côté de la chirurgie d'urgence comprise dans le sens le plus large, on ne faisait pas dorénavant dans les asiles une place importante à cette chirurgie que j'ai appelée facultative [2] et qui s'applique à des affections qui ne menacent la vie ni dans le présent ni dans l'avenir, mais qui par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent sont susceptibles de causer aux malades les plus grands préjudices matériels ou moraux. La chirurgie orthopédique rentre naturellement dans ce cadre.

Envisagée au point de vue strictement humanitaire et en tenant compte des éléments qui précèdent, la chirurgie chez les aliénés doit avoir pour but [3] :

1° D'empêcher la mort prochaine ou éloignée, c'est-à-dire qu'à côté des cas urgents qui nécessitent une intervention immédiate (hernie étranglée, suffocation, etc.), nous devons désormais traiter les affections qui doivent au bout d'un temps plus ou moins long, amener la mort des malades. Parmi celles-ci, se range la chirurgie du cancer dont les types les plus fréquents chez la femme sont le cancer du sein et de l'utérus : ils deviennent rapidement incurables s'ils ne sont pas traités à temps.

[1] Picqué. De l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Soc. méd. légale, 12 mai 1902.
[2] Picqué. Rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés. Congrès international de médecine. Section de psychiatrie 1900.
[3] Picqué. Congrès d'Anvers 1902.

Digitized by Google

Les suppurations viscérales y trouvent naturellement leur place. Les infections puerperales qu'on n'avait jamais songé à traiter au moins d'une façon systématique, peuvent entraîner la mort dans un délai parfois rapide. Les suppurations latentes des annexes utérines, du foie, les lésions de l'appendicite restent silencieuses parfois pendant un long temps et produisent brusquement des accidents rapidement mortels. Les otorrhées chroniques sont le point de départ des complications endocraniennes bien connues aujourd'hui et très souvent mortelles. Nous en avons trouvé un grand nombre dans les asiles et particulièrement chez les jeunes colons de Vaucluse.

Les hernies rentrent également dans cette catégorie en raison des chances possibles d'étranglement : nous avons eu l'occasion d'en opérer environ une trentaine dans le courant de l'année.

2° D'empêcher des infirmités graves, parfois irrémédiables. L'ophthalmie sympathique donne lieu à des indications opératoires vraiment urgentes. J'ai eu plusieurs fois la satisfaction de conjurer, par une énucléation précoce, une cécité fatale. Les arthrites suppurées commandent aussi une thérapeutique rapide. Abandonnées à elles-mêmes, elles entraînent parfois la mort par septicémie généralisée; dans les formes atténuées, elles donnent lieu à des accidents locaux graves qui peuvent conduire à une amputation du membre. Si on n'est pas intervenu par une arthrotomie hâtive, elles peuvent se terminer en tout cas si on n'intervient pas à temps, par une ankylose le plus souvent désastreuse au point de vue fonctionnel.

On voit, par ces exemples, combien peut être bienfaisante une thérapeutique éclairée, chez des aliénés qui peuvent être curables mentalement et tous les cas qui précèdent peuvent légitimement être groupés dans le cadre de la chirurgie d'urgence.

3° De remédier aux infirmités existantes qui empêchent les malades de faire dans les ateliers de l'asile, un travail utile à leur guérison mentale ou de subvenir à leurs besoins une fois rentrés dans la société. Ici nous entrons dans le domaine de la chirurgie facultative aussi importante que la précédente au point de vue humanitaire et c'est la chirurgie orthopédique que nous avons dès lors, à envisager. La chirurgie des membres y tient le premier rang.

Tantôt ce sont des fractures vicieusement consolidées qui entraînent parfois de sérieux troubles fonctionnels ; tantôt ce sont des luxations anciennes irréductibles. Dans un cas, il s'agissait d'une luxation récidivante de l'épaule, dans un autre, d'une luxation irréductible du coude.

Récemment encore, j'ai observé et guéri une luxation an-

Digitized by Google

cienne de la rotule qui gênait beaucoup la malade dans la marche.

4e De remédier à des infirmités dégoûtantes, pénibles pour les malades qui en sont atteints et pour ceux qui vivent dans leur voisinage.

Il s'agit surtout des fistules stercorales et urinaires dont j'ai observé quelques cas heureusement guéris.

Il faut encore y ranger une série de lésions donnant lieu à des suppurations interminables.

Ces suppurations constituent une source véritable de dangers pour les malades qui en sont atteints en provoquant chez eux une déchéance physique inévitable et en aggravant leur déchéance morale ; mais il est aussi nécessaire d'y remédier pour les autres malades que pour eux-mêmes ; leur traitement constitue en effet, une nécessité au point de vue de l'hygiène générale de nos établissements ; autrefois les moindres plaies devenaient chez les malades, le point de départ de complications graves dont la cause première, ignorée à l'époque, résidait dans les foyers infectieux existant à l'état de permanence dans les infirmeries. C'est pourquoi frappé de ce danger, j'ai institué ce que j'ai appelé dans mon rapport de 1901 à M. le préfet de la Seine, le traitement méthodique des suppurations et que j'ai installé un service spécial à cet effet.

5e Enfin, de remédier à des infirmités d'ordre spécial qui parfois entretiennent uu état mental fâcheux. Je citerai le cas d'un malade que j'ai guéri d'une perforation de la voûte palatine consécutive à un coup de feu. J'y reviendrai plus loin.

Comme on le voit par tout ce qui précède, je n'ai invoqué que les indications de la chirurgie commune : ces indications viennent suffisamment justifier l'intervention chez les aliénés. « C'est en effet, un acte d'humanité et un devoir social de faire bénéficier des ressources de la chirurgie les malades curables de nos asiles.

Si les aliénés doivent être désormais opérés dans des limites inconnues jusqu'alors, dans quelles conditions l'acte chirurgical doit-il être pratiqué ? Est-ce à l'asile même ou dans les hôpitaux ordinaires, où l'aliéné à opérer serait envoyé, comme beaucoup l'ont pensé ?

J'ai discuté cette question dans une communication récente [1] insérée dans le premier volume « du recueil des travaux. »

Il faut à la fois connaître peu les aliénés et les milieux hospitaliers pour admettre la possibilité d'opérer un aliéné dans un hôpital. En effet, quand un aliéné agité se présente à l'hôpital, il

[1] Congrès d'assistance, 1900. — Picqué.

Digitized by Google

est envoyé de suite à l'asile, car on n'a pour l'y maintenir, aucun moyen de contention : le personnel secondaire y est d'autre part insuffisant et n'a pas l'éducation technique nécessaire : l'administration d'autre part, recule avec raison, devant une responsabilité qu'elle ne veut prendre, l'aliéné pouvant se suicider ou nuire à ses voisins.

Quand l'aliéné est calme, il est nécessaire qu'il reste dans son milieu, c'est-à-dire près des médecins qui le connaissent et pour des raisons que j'ai indiquées ailleurs. Dans les colonies familiales ou l'aliéné est placé hors de l'asile, il ne perd jamais le contact du médecin aliéniste ni des infirmiers spécialisés dans le traitement de ces malades. A l'asile ou à la colonie le personnel secondaire est préparé par son éducation technique à comprendre les besoins moraux et matériels de l'aliéné ; il prend soin d'éviter tout ce qui peut amener une aggravation de son état : il aide d'autre part, sous la direction du médecin, à sa convalescence mentale. J'ai raconté au Congrès l'histoire navrante d'une malade en observation dans mon service de la Pitié qui s'est suicidée à la suite d'une imprudence causée par un élève inintelligent et brutal.

Mais d'autres raisons importantes que j'exposerai dans un travail spécial, nécessitent le maintien du malade à l'asile. La chirurgie de l'aliéné a un caractère particulier ; elle a ses méthodes, ses procédés opératoires et ne peut être pratiquée que par un chirurgien spécial. A l'asile seulement le médecin aliéniste pourra donner au chirurgien des renseignements utiles sur les modalités variables de son état mental et lui prêter le concours de son expérience pour éviter à l'aliéné des opérations susceptibles d'aggraver son état mental.

C'est le médecin aliéniste qui est appelé à établir les contre-indications mentales à côté des indications chirurgicales posées par le chirurgien. J'ai montré souvent que la chirurgie de l'aliéné devait être le résultat de la collaboration étroite du chirurgien et du médecin.

Pour toutes ces raisons, la création d'un Pavillon de chirurgie devenait nécessaire. Le lecteur en trouvera la description détaillée dans la thèse de mon élève Eonnet[1] (2e volume du *Recueil des travaux*) et dans une brochure publiée en collaboration avec M. Perronne, architecte (1er volume du *Recueil des travaux*).

Grâce au courant d'opinions qui s'est établi depuis quelques années sur l'assistance chirurgicale des aliénés, le nombre des opérations a augmenté progressivement depuis l'année 1898, où

[1] EONNET. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1901.

Digitized by Google

j'ai commencé à organiser méthodiquement le service de chirurgie dans les asiles.

En prenant le chiffre des opérations pratiquées au Pavillon même, ouvert en 1901, on constate que la première année où le Pavillon n'a fonctionné que pendant 5 mois sur 12, le chiffre des opérations aseptiques a été de 49, celui des opérations septiques de 83.

On comprend qu'au début le nombre des cas septiques (opérations d'urgence) devait notablement dépasser celui des cas aseptiques (chirurgie facultative).

L'année 1902 a fourni jusqu'au 25 août, 96 opérations septiques et 87 opérations aseptiques. La comparaison de ces deux chiffres montrent l'extension rapide de la chirurgie aseptique ou facultative.

En tout 179 opérations septiques et 137 opérations aseptiques, c'est-à-dire 314 opérations pratiquées au Pavillon en 13 mois.

J'ai consigné mes résultats opératoires dans mon rapport au Préfet de la Seine en 1901 et montré ce qu'on pouvait obtenir à notre époque, quand on se trouve placé dans de bonnes conditions. Je n'ai pas à y revenir ici. J'ai à envisager pour les lecteurs de cette revue, les résultats obtenus au point de vue mental. Depuis le début de mes interventions des constatations intéressantes ont été faites par mes collègues aliénistes, dont l'opinion seule peut faire foi en l'espèce. Jusqu'ici je me suis abstenu de les publier, pour ne pas provoquer des discussions doctrinales sur une chirurgie qui avant tout doit avoir un rôle humanitaire. Pour la première fois au Congrès d'assistance d'Anvers (1902) j'en ai donné une relation sommaire : les conventions de cette revue, m'obligent dès cette année à écrire sur la chirurgie des aliénés un premier article, où je ne puis laisser de côté les résultats obtenus sur le terrain de la psychiatrie. Les faits qui constituent mon dossier actuel sont encore peu nombreux, quelques-uns cependant sont caractéristiques et laissent pressentir l'avenir de la chirurgie des aliénés sur le terrain mental. C'est à ce titre que je les présente.

Comme à Anvers je les classerai provisoirement de la façon suivante :

1° *Psychoses coexistants avec des infections et modifiées à la suite d'une intervention.*

Dans mon premier travail à la Société de chirurgie en 1898 [1] j'avais signalé le cas déjà ancien d'un malade atteint d'une arthrite suppurée du genou, chez lequel éclate un délire avec tentative de suicide. Ce malade guérit rapidement par l'amputation de cuisse.

[1] Voir Picqué et Dagonet. *Recueil des travaux.* 1er volume, Masson.

Digitized by Google

Un de mes internes Mallet vient de publier [1] la relation curieuse d'un malade atteint d'un trouble mental qui fut très améliorée à la suite de l'amputation de cuisse pratiquée en 1902 au Pavillon, pour une arthrite suppurée du genou. Une malade du service de M. Joffroy opérée dans mon service de la Pitié, avant l'ouverture de mon Pavillon, présentait un état d'amnésie hystérique totale avec de la fièvre. Or il existait chez elle une suppuration annexielle volumineuse. Le lendemain de l'opération cette amnésie disparaissait.

Récemment un malade interné pour délire mélancolique avec tendance au suicide, a guéri rapidement par l'ablation d'un large foyer de nécrose du maxillaire supérieur qui avait amené une suppuration abondante constamment absorbée par le malade, et un dégoût absolu pour les aliments. Ce malade fut mis en liberté quelques jours après sa sortie du Pavillon.

2° *Etats mélancoliques et hypochondriaques.* Ces états coexistent tantôt avec des inflammations viscérales chroniques, tantôt avec des tumeurs, des déplacements d'organe ou des troubles fonctionnels divers, parfois ils accompagnent les lésions diverses de l'appareil génito-urinaire de l'homme ou de la femme.

(a). Des crises répétées d'appendicité avaient entrainé chez une malade G... un état hypochondriaque qui guérit après l'opération.

Il en a été de même d'une malade qui présentait un ictère chronique par rétention et qui guérit mentalement à la suite de l'extraction d'un gros calcul du cholédoque.

(b). Certaines tumeurs abdominales coexistent avec un état mélancolique amené peut-être par des troubles de sensibilité générale. Nous avons, avec M. Febvré [2], observé un fait curieux où l'ablation d'un fibrome utérin pratiqué par moi, amena une guérison rapide chez une femme internée depuis plusieurs années. Cette malade resta guérie pendant trois ans ; elle eut une rechute mentale qui la ramena depuis à l'asile.

J'ai rapporté avec M. Briand [3] le cas curieux d'un kyste sébacé de la fesse qui fut le point de départ d'un délire hypochondriaque facilement curable.

(c). Récemment, la cure opératoire faite au Pavillon d'un rein mobile a entraîné rapidement la guérison d'une malade atteinte depuis plusieurs années d'un délire hypochondriaque.

(d). *Troubles fonctionnels.* Nous avons récemment observé avec M. Vigouroux, un malade chez lequel un délire hypochon-

[1] Picque et Dagonet. *Recueil des travaux*. 2e volume, Masson.
[2] Voir Picqué et Febvré, Soc. de Chirurgie, 1899.
[3] Voir Picque et Briand, Soc. de Chirurgie, 1898.

Digitized by Google

driaque grave avait été la conséquence d'une cécité malheureusement incurable. Notre collègue, qui observa ce malade avec une minutieuse attention, avait émis l'opinion qu'une opération seule était capable de le guérir.

Un malade atteint d'une perforation traumatique de la voûte palatine à la suite d'un coup de feu qu'il s'était tiré dans une crise de mélancolie, avait vu cet état persister et sa convalescence se prolonger sous l'influence du trouble fonctionnel qui lui rappelait constamment un acte qu'il regrettait. La guérison mentale coïncida chez lui avec la guérison opératoire.

Les fistules urinaires et stercorales sont parfois le point de départ d'un délire mélancolique. J'en ai publié des cas intéressants à la Société de Chirurgie.

(e). Les maladies des organes génito-urinaires chez la femme, les maladies de l'anus et du rectum, coïncident parfois avec des états hypochondriaques. Dans notre travail publié avec Febvré à la Société de Chirurgie, se trouvent relatés quelques cas intéressants de guérison. Pelas, dans sa thèse faite sous mon inspiration [1], a, de son côté, cité plusieurs faits du même ordre empruntés à ma pratique. Les maladies génito-urinaires de l'homme s'accompagnent parfois des mêmes troubles. Mon interne Colombani a fait récemment une thèse importante sur cette question des rapports entre ces maladies et les états psychiques correspondants. J'ai longuement analysé ce travail dans cette revue. J'ajouterai aux nombreux faits cités dans ce travail, l'observation récente d'un malade chez lequel une hydrocèle avait amené un délire hypochondriaque qui guérit rapidement.

Tels sont les premiers faits que j'ai pu enregistrer et qui répondent à une pratique de moins de 15 mois.

Bien des objections dont je pressens l'importance et la valeur, peuvent leur être faites : c'est l'avenir seul qui peut leur consacrer une signification véritable ; il faut, en effet, quelques années encore pour colliger un nombre important d'observations, pour les juger et en déduire des conclusions acceptables. Le moment n'est pas encore venu d'interpréter les premiers résultats obtenus. Nous ne sommes encore qu'à la période d'enregistrement et d'accumulation des matériaux cliniques. A chaque heure sa tâche. Pour le moment nous devons nous contenter de fournir des résultats opératoires à l'aliéniste qui aura plus tard à les interpréter ; et nous devons marcher avec la plus extrême prudence pour ne pas perdre le terrain déjà acquis. On ne peut nier toutefois que les résultats obtenus ne soient

[1] PELAS. Thèse pour le doctorat en médecine, 1899, Paris.
COLOMBANI. Thèse pour le doctorat en médecine, 1901, Paris.

Digitized by Google

encourageants. Dès à présent ils nous permettent d'entrevoir l'existence d'une branche nouvelle de la chirurgie, la chirurgie psychiatrique, qui confirmera peut-être un jour les idées autrefois exprimées par Esquirol puis par Loiseau sur le rôle des lésions physiques dans l'évolution de certaines affections mentales.

Ainsi qu'on a pu le voir dans l'exposé qui précède, je me suis, dès le début, abstenu de toute préoccupation doctrinale, et j'ai pénétré sur le terrain de la chirurgie des aliénés par le côté humanitaire, me contentant de remplir les indications communes de la chirurgie.

Si je me suis appuyé sur le médecin aliéniste, c'est pour lui demander de fixer chez chacun de mes malades les contre-indications d'ordre mental ; car la chirurgie chez l'aliéné est, comme je l'ai dit bien souvent, une arme à double tranchant pouvant, selon le cas, aggraver ou améliorer le délire : et ce n'est que par la pratique que j'ai pu, de concert avec mes collègues, constater cette action bienfaisante de la chirurgie au point de vue mental, qui marque une étape nouvelle, imprévue et singulièrement heureuse dans l'étude de cette question.

FAITS ET OPINIONS

DEUX OBSERVATIONS DE DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE HÉRÉDITAIRE AVEC SYNDROMES ÉPISODIQUES MULTIPLES

Par le Dr A. Vigouroux et M. P. Juquelier
Médecin en Chef de l'Asile de Vaucluse *Interne des Asiles de la Seine.*

I

Dégénérée héréditaire ; Hystérie ; Stigmates psychiques nombreux ; Crises de micropsie et de micro-somatie subjective survenant comme équivalent de crises hystériques disparues.

Mademoiselle P***, est âgée de 26 ans. Bien constituée elle ne présente pas d'anomalie physique ni de stigmates dégénératifs, sauf un léger zézaiement.

Son hérédité est très chargée ; elle compte dans ses ascendants directs de nombreux aliénés : arrière grand-mère pater-

Digitized by Google

nelle, grand-père paternel, père ayant présenté des syndromes épisodiques.

Elle a eu 7 frères et sœurs morts jeunes d'accidents méningitiques, un frère est mort à 16 ans de néphrite tuberculeuse.

Son enfance a été normale et n'a été troublée que par des affections banales.

Réglée à 11 ans, elle a eu a cette époque des battements de cœur et quelques vertiges.

Vers l'âge de 16 ans elle a commencé à présenter des stigmates psychiques ; le premier en date fut le doute : après avoir fermé une porte, elle revenait à plusieurs reprises sur ses pas pour vérifier qu'elle était bien fermée ; puis l'arithmomanie apparut.

A 18 ans, elle fut très anémique et pendant cinq années consécutives, elle eut des crises hystériques ; une par semaine : sensation de boule le long de l'œsophage, perte de connaissance, convulsions, point hystérogène au niveau de l'ovaire droit, etc.

Depuis l'âge de 23 ans, les crises ont complètement disparu.

Aujourd'hui, Mlle P..., est employée dans les bureaux d'une fabrique, elle y travaille régulièrement, gagne honorablement sa vie et soutient sa famille.

Très affectueuse vis à vis des siens, elle a cependant certaines bizarreries de caractère pour lesquelles elle nous a demandé conseil.

Elle présente de nombreux stigmates psychiques de dégénérescence, parmi lesquels quelques uns nous ont paru dignes d'être rapportés.

Les idées de doute au sujet de la fermeture des portes, des armoires, des tiroirs persistent toujours, mais elles se sont surtout portées sur un plumier que la malade ferme tous les soirs avant de quitter son bureau. « Je le sais fermé, dit-elle, et malgré moi je vais cinq à six fois le refermer pour bien m'assured qu'il l'est et tous les jours il en est de même ». Le plumier est rangé dans un ordre invariable et elle ne pourrait supporter qu'un crayon ne soit pas à la place qui lui est assignée.

Cet amour exagéré de l'ordre s'est également porté sur son vestiaire ; ses robes sont pendues avec beaucoup de soin à un porte-manteau ; sa mère ne doit y toucher sous aucun prétexte. Elle même ne peut se résoudre à changer de vêtement quand elle doit s'habiller de peur de déranger quoique ce soit. « Il me faut beaucoup de réflexion pour y parvenir, quand j'y arrive. » De fait, il lui est arrivé de ne pas porter une robe neuve qu'elle avait trop bien rangée.

Elle n'a pour le reste de la maison qu'un ordre relatif.

L'arithmomanie se manifeste au sujet des lettres qui forment les noms inscrits sur la devanture des magasins, des numéros

Digitized by Google

de fiacre, des fleurs de papiers etc... Elle additionne les lettres, les chiffres si le nombre trouvé est impair elle en éprouve un sentiment d'ennui, s'il est pair, elle en est contente.

Une obsession plus curieuse se manifeste à l'occasion des communications téléphoniques qu'elle doit transmettre : elle est poursuivie par l'idée de ne pas faire une transmission exacte : elle ne peut pas transmettre textuellement ce qu'elle a entendu ; elle est poussée à dire autre chose et même le contraire. Elle résiste et s'en tire en modifiant légèrement les paroles entendues ; si un rendez-vous est donné pour 4 heures, elle dira entre 4 et 5, etc.

Enfin depuis deux ou trois ans c'est-à-dire depuis la cessation des crises hystériques, elle éprouve des sensations curieuses qui paraissent être l'équivalent de ces crises.

Quelquefois, quand elle se trouve dans un omnibus elle éprouve un certain étouffement : Il lui semble que ses voisins d'omnibus s'éloignent progressivement d'elle et deviennent de plus en plus petits ; elle les voit comme si elle les voyait « du haut d'une colonne ou par le gros bout d'une lorgnette *(micropsie)* ». Puis, elle a un peu de vertige, les objets tournent autour d'elle : tout reprend sa place et ses dimensions. Ce phénomène dure quelques secondes et ne s'accompagne pas de défaillance.

A côté de ces crises de micropsie pendant lesquelles elle voit les autres tout petits, elle éprouve d'autres fois la sensation de devenir toute petite elle-même.

Elle a tout d'un coup comme un nuage devant les yeux, elle éprouve une sensation de froid à l'intérieur puis elle se sent s'amincir dans d'énormes proportions sa longueur restant la même. A ce moment elle a l'idée « qu'elle pourrait bien tenir dans une petite boîte de 0.m 20 centimètres de large et de 1m 50 de longueur *(microsomalie subjective)* ».

Puis elle devient rouge, éprouve quelques battements de cœur et elle reprend possession d'elle même.

Cette crise n'a duré que dix secondes, — le temps d'y penser.

II

Dégénerée héréditaire, stigmates psychiques nombreux, impulsions, onanisme ; impulsions sadiques et homicides.

Mlle D..., âgée de 30 ans, qui vient nous consulter, est une personne bien constituée, au visage régulier et expressif, ne présentant aucun stigmate physique de dégénérescence.

Son hérédité est très chargée : son grand père maternel s'est suicidé ; son père est très nerveux ; une sœur est atteinte de de maladie de Basedow ; un frère plus jeune a fait des excès de

Digitized by Google

toute nature ; enfin sa mère, alors qu'elle était enceinte d'elle, a éprouvé de violentes émotions pendant la Commune.

Son enfance a été normale et ne présenta aucune particularité dont elle puisse se souvenir ou dont elle ait entendu parler.

Vers l'âge de 14 ans, elle souffrit d'une arthrite du poignet droit, traitée par l'immobilisation.

A cette époque, les règles s'établirent sans donner lieu à aucune manifestation spéciale.

Elevée dans sa famille, elle travaillait dans le but d'obtenir la série des brevets lui permettant d'entrer dans le corps enseignant.

Déjà, à ce moment, apparurent certaines bizarreries de caractère, premières manifestations de sa tare héréditaire : arithmomanie, idées de doute, impulsions motrices. Elle comptait le nombre de voitures qu'elle croisait dans la rue, additionnait les chiffres des numéros des fiacres et tirait des présages du nombre total obtenu. Quand elle avait accompli un acte même insignifiant, fermé une porte, mis une lettre à la poste, elle allait plusieurs fois vérifier la chose, anxieuse de ne pas l'avoir faite, etc., etc.

Mais ces petites manies dont elle avait conscience étaient compatibles avec sa vie ordinaire et son travail.

A l'âge de 19 ans, alors qu'elle travaillait avec ardeur la préparation de son brevet supérieur, elle éprouva tout à coup un « changement complet dans les idées », il lui semblait qu'elle n'était plus la même, elle ne comprenait plus ce qu'elle lisait et par suite, elle ne retenait plus rien. Elle fut envahie par un profond découragement et fut obsédée par des idées de suicide. Elle acheta du landanum. Elle ne tenta cependant pas de se suicider, retenue, dit-elle, par ses idées religieuses.

Cette première crise dura six semaines environ et disparut à la suite d'un repos intellectuel.

Elle avait repris son travail et la préparatiou de ses examens quand, un an plus tard, en lisant un passage de Britannicus, elle fut frappée par le mot *incestueux* Bien qu'elle ne connût pas le sens précis de ce mot qu'elle dût chercher dans un dictionnaire, elle fut aussitôt envahie par la crainte de devenir incestueuse. Cette crainte prit bientôt le caractère de l'obsession et la plongea dans un état d'angoisse continuel. La vue de son père et de son frère redoublait son anxiété, bien qu'à cette époque aucune idée d'érotisme ne lui fut associée. Tout travail devint impossible, le sommeil disparut, les idées de suicide surgirent de nouveau.

Cette obsession dura un an et disparut tout à coup.

Elle se remit au travail, passa ses examens et jugeant que le

Digitized by Google

travail intellectuel était nuisible à sa santé, elle abandonna ses projets d'avenir et entra dans un atelier de mode.

Ce changement d'occupation lui fut salutaire : Pendant six ans elle put se considérer comme guérie et vivre de la vie normale.

Il y a deux ans environ, elle fut initiée aux pratiques de la masturbation par un homme d'un certain âge qui ne la posséda pas, mais qui se livra sur elle à des attouchements.

Quelque temps après, elle se touche seule et contracte des habitudes d'onanisme solitaire.

Pendant une certaine période, ces manœuvres n'eurent pas de répercussion sur son état mental ; mais tout à coup elle fut envahie par un sentiment d'horreur pour cet acte. « Je fus épouvantée, dit-elle, d'avoir pu commettre une pareille action » ; mais par une contradiction singulière, en même temps que le caractère répréhensible de l'acte lui apparaissait, l'idée obsédante de le commettre surgissait en elle. « Cette idée remplit ma pensée, j'y songe jour et nuit, c'est comme un besoin jamais assouvi. » Elle cherche à se distraire par la promenade, par la lecture : peine inutile, tous les objets qu'elle voit dans sa promenade, tous les mots qu'elle lit, la ramènent, par un détour plus ou moins long, à son idée obsédante.

Alors commence en elle une lutte ininterrompue, lutte où elle est souvent vaincue. Elle succombe à l'obsession et se livre à l'onanisme avec une sorte de rage, cinq ou six fois par jour, mais si l'accomplissement de l'acte fait cesser momentanément son anxiété, immédiatement il est suivi de remords violents ; elle se fait horreur à elle-même, elle a des idées de suicide. Puis elle lutte de nouveau, résiste à l'obsession pendant plusieurs jours pour retomber encore.

Longtemps l'obsession de l'onanisme est seule à la torturer, mais s'ajoutent à cette obsession d'autres idées qui achèvent de porter le désarroi dans son état mental déjà si troublé.

Surviennent des idées d'onanisme à deux, puis les idées d'inceste reparaissent et, dominant les autres, l'idée que si elle avait des enfants, elle pratiquerait sur eux des attouchements.

Enfin, à côté de ces obsessions et de ces impulsions d'ordre érotique apparaissent des impulsions sadiques, puis homicides. « Si j'avais des enfants, je les frapperais, je les tuerais, ils crieraient et il me semble que leurs cris me feraient un grand plaisir. »

Elle n'ose plus de ce fait fréquenter les maisons où se trouvent de jeunes enfants. « Si tel jeune homme demande ma main, je sens que je serais poussé à le tuer. »

Digitized by Google

Inutile de dire que jusqu'ici elle n'a succombé à aucune de ces diverses obsessions, mais ces idées la troublent d'autant plus que n'ayant pas pu résister à la première impulsion (onanisme solitaire) elle craint de ne pouvoir résister aux autres.

Il lui semble qu'elle n'est plus la même, qu'elle ne porte pas sur les choses les mêmes jugements qu'autrefois. « Je ne sais plus ce qui est mal, je ne me rends plus compte de ce qui est honnête. Quand je lis les détails d'un crime, je pense que j'agirais comme le criminel, et l'idée d'un crime ne provoque pas en moi la répulsion qu'elle provoquait autrefois.

Pourquoi est-ce mal d'avoir des rapports avec ses parents?

Pourquoi une mère n'a-t-elle pas le droit de tuer son enfant ?

Ces questions que je ne me posais même pas avant me paraissent insolubles. Autrefois j'avais des sentiments religieux, je ne crois plus à rien aujourd'hui. Dieu, s'il existait, ne me permettrait pas d'avoir de telles pensées. Le seul moyen de sortir de ma triste situation est de me tuer. »

Notons que malgré l'intensité des troubles qu'elle ressent, elle continue à vivre de la vie ordinaire ; ses parents qui ne sont pas au courant de son état mental, la considèrent comme un peu triste et nerveuse, et jusqu'ici, malgré la conscience nette de son état morbide et le découragement profond qu'elle témoigne, elle n'a jamais cherché à mettre à exécution ses idées de suicide.

Elle ne présente pas de stigmates d'hystérie et n'est pas hypnotisable. Elle est du reste accessible à la suggestion à l'état de veille et aux conseils.

Elle s'est décidée à s'isoler pendant quelque temps dans une maison de santé.

Cette observation de mélancolie avec conscience survenue chez une héréditaire nous a paru digne d'être rapportée à plusieurs titres :

1° A cause de la multiplicité des stigmates psychiques et des syndromes épisodiques ;

2° A cause de l'association déjà souvent notée, des idées érotiques, des idées sadiques et des idées homicides ;

3° A cause du caractère conditionnel de ces dernières impulsions ;

4° L'état mélancolique est secondaire aux idées obsédantes actives et conditionnelles, alors que dans d'autres formes de mélancolie, les idées mélancoliques sont secondaires et explicatives de l'état cenesthésique troublé ;

5° Enfin, malgré la conservation de la conscience, les idées de suicide — aussi intenses qu'elles soient — ne sont pas devenues absorbantes et par suite, n'ont jamais été réalisées en actes.

Digitized by Google

ENQUÊTES

MAINTIEN DES ALCOOLIQUES APRÈS LA DISPARITION DES TROUBLES DÉLIRANTS AIGUS

La *Revue de Psychiatrie* publiait dans son numéro d'août 1902 la circulaire suivante adressée aux directeurs-médecins et médecins en chef des asiles publics, des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Villejuif, le 1er août 1902.

MONSIEUR ET CHER COLLÈGUE,

Permettez-moi de vous demander votre avis sur une question d'ordre professionnel.

Le maintien de l'alcoolique à l'asile aussitôt après la disparition des troubles mentaux aigus est une des questions les plus délicates que le médecin ait à résoudre. S'il fait un certificat aux fins de mise en liberté, il risque de faciliter — par une sortie précoce — une rechute du malade; et s'il ne provoque pas cette sortie et qu'il maintienne ainsi le malade, il paraît être en contradiction avec les dispositions générales de la loi de 1838.

On comprend donc combien il serait intéressant d'avoir sur ce problème de déontologie spéciale les avis de chaque médecin d'asile. Cette consultation, dont les résultats — publiés par la *Revue de Psychiatrie* — seraient instructifs pour tous, fournirait au Parlement des avis autorisés, lorsque le projet de loi de M. le Dr Dubief sur les aliénés viendrait en discussion.

Permettez-moi d'insister auprès de vous pour que vous répondiez au questionnaire ci-joint.

Si cette tentative d'enquête réussissait, la *Revue de Psychiatrie* continuerait à provoquer les avis de ses correspondants sur les diverses questions professionnelles actuellement à l'étude.

Veuillez agréer, Monsieur et Cher Collègue, l'expression de mes sentiments tout dévoués.

Dr TOULOUSE,

QUESTIONNAIRE

envoyé par la « REVUE DE PSYCHIATRIE »

1°. — Maintenez-vous les alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus ?

2°. — Combien de temps environ ?

3°. — Faites-vous à ce point de vue une distinction entre la première entrée et les autres entrées ?

4°. — Comment justifiez-vous ce maintien ?

Nous avons reçu 47 réponses qui permettent de connaître les opinions principales qui ont cours dans les milieux hospitaliers au sujet de cette question délicate de pratique manicomiale.

Digitized by Google

RÉPONSES

AISNE. — *Asile de Prémontré* : Dr **Pilleyre**, directeur-médecin en chef.

1° — Je les maintiens quelque temps si je suis laissé libre de le faire.

2° — C'est une question d'espèce. D'une manière générale je ne dépasse pas trois mois de prolongation de séjour, après la disparition des accidents aigus. Mais il m'arrive, pour des motifs divers, d'abréger quelquefois cette durée ou de la prolonger.

3° — Oui. Je conserve plus longtemps des rechutes que les autres, surtout si les intervalles sont courts entre les diverses rechutes.

4° — Je le justifie auprès des malades et de leurs familles en leur faisant comprendre que la guérison ne peut présenter des chances de durée qu'au prix de la prolongation de séjour que j'indique. Quant à l'Administration, je n'ai jamais eu à justifier auprès d'elle le maintien.

ARIÈGE. — *Asile de Saint-Lizier* : Dr **Malfilâtre**, directeur-médecin en chef.

1° — Presque toujours.

2° — De 15 jours à 6 mois.

3° — Oui.

4° — Je n'oppose pas de veto, j'use de persuasion et cède si l'alcoolique insiste trop. D'ailleurs diverses circonstances, notamment les qualités du fond sur lequel l'alcoolisme s'est développé, influent beaucoup sur la détermination à prendre.

AUDE. — *Asile de Limoux* : Dr **Rougé**, médecin en chef.

1° — Oui.

2° — Pas de règle générale. La durée dépend de plusieurs conditions, telles que la gravité des actes commis — s'il est réclamé ou non par sa famille, etc.

3° — Généralement, je garde le malade d'autant plus longtemps qu'il a été interné plus souvent.

4° — Par les raisons données plus haut, voir 2°.

J'ajouterai qu'il y a peu d'alcooliques à l'asile de Limoux. La moyenne pour les cinq dernières années est de près de 9 p. 0/0 hommes et 1, 50 0/0 femmes. La plupart sont des chemineaux.

AVEYRON. — *Asile de Rodez* : Dr **Ramadier**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui.

2° — Deux à trois mois environ au premier internement. Je tiens compte pour la durée de l'internement des conditions dans lesquelles se trouvera placé le malade à sa sortie de l'asile, sera-t-il livré à lui-même, a-t-il une famille en état d'exercer sur lui une certaine influence, retourne-t-il dans le milieu où il a contracté ses habitudes d'alcoolisme, renonce-t-il au séjour dans un centre urbain ou il avait été attiré par l'appât d'un salaire plus élevé pour retourner à la campagne, etc.

3° — Oui, j'estime que la guérison est d'autant plus précaire que

Digitized by Google

le nombre de rechutes a été plus grand, qu'il y a lieu par suite de proportionner la durée du traitement au nombre des rechutes.

4° — En me basant sur l'instabilité de l'amélioration obtenue.

BASSES-PYRÉNÉES. — *Asile de Pau* : Dr **Girma**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui, en général.

2° — De 30 à 60 jours après un premier accès — de 3 à 6 mois quand il y a eu récidive sans règle absolue.

3° Oui, comme il a été dit plus haut.

4° Par la nécessité de se mieux éclairer sur la consistance de la guérison, pour mieux affirmer la convalescence, comme un moyen de sanction et de prophylaxie.

BOUCHES-DU-RHONE — *Asile de Saint-Pierre* (Marseille). : Dr **Boubila**, médecin en chef.

1° — Oui.

2° — Un mois environ.

3° — Oui.

4° — Auprès des malades par le raisonnement et la persuasion. A la première entrée à la disparition des troubles délirants aigus, je leurs dis : « Votre entrée est due à vos excès alcooliques, votre maintien sera bref. Mais prenez garde, après votre sortie, de ne pas continuer à boire. Si vous revenez dans mon service, ce ne sera pas un ou deux mois que je vous garderai, mais six mois, peut-être davantage. La leçon porte d'habitude et les réintégrations sont rares. Jusqu'ici mes malades ont accepté, avec résignation, leur séjour plus ou moins prolongé, et n'ont jamais adressé de réclamations à l'autorité supérieure.

Dr **Maunier**, médecin en chef.

1° — Non. — Je parle des malades purement alcooliques dont l'admission est aussi rare que celle des dipsomanes est fréquente. Je ne laisse sortir ces derniers que, pour ainsi dire, forcé par les sollicitations et demandes diverses.

3° — Non.

CHARENTE-INFÉRIEURE. — *Asile de Lafond* : Dr **Mabille**, Directeur-médecin en chef.

1° — La disparition des troubles délirants aigus chez les alcooliques justiciables d'un internement ne me semble pas, à elle seule, permettre d'affirmer la guérison de l'affection mentale. Il convient de rechercher si les signes d'intoxication alcoolique ont disparu.

L'alcoolique qui n'est plus délirant doit, à mon sens, être conservé à l'asile jusqu'au jour où le médecin constate que l'élimination du toxique parait suffisante.

En agissant autrement, on s'expose à voir apparaître à nouveau et très rapidement les troubles délirants antérieurs.

2° — De ce qui précède, il résulte que c'est l'état de l'alcoolique envisagé au point de vue somatique et mental qui permet de fixer la durée du séjour à l'asile. Il s'agit donc, dans l'espèce d'une question plus individuelle que générale.

Digitized by Google

3° — Les rechutes fréquentes m'imposent une réserve plus grande lorsqu'il s'agit de décider la sortie de l'alcoolique.

Mais à cet égard, je crois qu'il y a lieu de tenir surtout compte des actes commis par l'alcoolique avant l'admission. Un grand nombre d'alcooliques avec accès multiples sont restés absolument inoffensifs ou tout au moins n'ont commis aucun acte nuisible.

Pour ces alcooliques, le nombre des accès antérieurs ne peut qu'avoir une influence secondaire sur le maintien plus ou moins prolongé à l'asile. Je m'en refère pour décider la sortie aux conditions énumérées à l'article I.

Mais lorsque les alcooliques ont commis, lors de leurs précédents accès, des actes répréhensibles, ou dangereux, ou immoraux, lorsqu'ils sont par exemple des alcooliques « jaloux ». je ne me hâte pas de provoquer la sortie alors même que la période de délire et les symptômes d'intoxication (somatiques) paraissent avoir disparu.

4° — Comme j'ai eu l'occasion de le faire à plusieurs reprises, je signale les alcooliques appartenant à cette dernière catégorie à l'autorité judiciaire afin qu'elle puisse prendre toute décision qut lui paraîtrait utile.

C'est, à mon avis, la conduite la plus utile et la plus prudente à tenir au point de vue des exigences de la loi qui régit l'assistance des aliénés.

Cote d'Or. — *Asile de Dijon* : Dr **S. Garnier**, directeur-médecin en chef.

1° Généralement les malades placés au compte des familles sont retirés, contre l'avis du médecin, sitôt la disparition des troubles délirants aigus ; mais les malades placés d'office sont toujours maintenus après cette disparition.

2° — De 3 à 4 mois, suivant que les manifestations délirantes ont été, au dehors, plus ou moins graves au point de vue de la sécurité publlque.

3° — Oui, car la prolongation du séjour est généralement augmentée au fur et à mesure que les entrées se font plus fréquentes.

4° Le maintien se justifie par ce fait que le malade n'est pas guéri de la cause qui a provoqué le placement, et qu'à bon droit il paraît susceptible de rechute. D'ailleurs, le malade a toujours le droit d'en appeler au Tribunal.

Cotes-du-Nord. — *Asile de Bégard* : Dr **Le Cuziat**, médecin en chef.

1° — Attaché depuis onze ans à l'Asile de Bégard, je n'y ai observé aucune alcoolique internée pour des accidents aigus.

Les familles ne se décident à prendre cette mesure que lorsque l'état de la maladie est déjà devenu chronique.

Pour celles-ci, quand une guérison se produit, nous nons faisons un devoir de les remettre en liberté.

2° Après une courte période d'observation (environ un mois).

3° — Sans faire de distinction, à ce point de vue, entre les premières et les autres entrées.

Digitized by Google

4° Nous sommes guidés dans cette règle de conduite par la considération que notre maison étant un asile d'aliénées, nous devons nous soumettre exactement à la loi, qui ne prévoit aucune interprétation personnelle de la part du médecin.

Il me reste à désirer qu'une législation spéciale soit créée pour cette sorte de malades, permettant au médecin traitant de ne les remettre en liberté qu'après un temps d'épreuve dont il sera seul juge, suivant le nombre des entrées et le degré de créance qu'il accordera à la guérison morale. Il va de soi que ces conditions ne sauraient être réalisées dans un milieu d'aliénés et que des asiles spéciaux doivent leur être consacrés.

Dr **Symoneaux**, médecin en chef.

1° — Je ne puis guère répondre à la question que vous posez dans *la Revue de Psychiatrie*. L'asile de Bégard, dont je suis médecin depuis 15 ans, contient d'un côté 200 malades de famille parmi lesquelles les alcooliques véritables sont peu nombreuses. Il y a certes quelques cas d'internement par suite des abus de l'alcool, mais le nombre en est restreint. Peut-être l'asile de Saint-Brieuc reçoit-il plus souvent des alcooliques du département ?

Quant aux malades de la Seine et de la Loire-Inférieure (environ 600 personnes), je ne puis guère attribuer leur état mental à l'alcoolisme véritable. Leur premier internement dans les divers asiles d'origine voit rapidement disparaître les effets de l'alcool et on ne peut constater à Bégard que les maladies ordinaires,

Tels sont les renseignements que je crois pouvoir vous donner en ma qualité de médecin de l'asile de Bégard, telles sont les questions qne je puis répondre à votre questionnaire.

Asile de Léhon : Dr **Ollivier,** médecin en chef.

1° — Oui, le plus souvent. Cependant je fais quelques exceptions quand les troubles sont si fugaces que l'internement peut être considéré comme ayant été provoqué d'une façon trop hâtive.

2° — De un à deux mois au moins.

3° — Je suis beaucoup plus indulgent pour la première entrée que pour les suivantes.

4° — Je désire que mon malade perde l'habitude de boire, et j'essaie de produire sur lui un effet salutaire en lui inspirant une crainte sérieuse de s'exposer à franchir à nouveau le seuil de l'asile.

Doubs. — *Hospice de Besançon :* Dr **Léon Baudin,** médecin en chef.

1° — Oui, autant qu'il est en mon pouvoir.

(L'asile départemental du Doubs, hospice Saint-Jean l'Aumônier n'est pas, à proprement parler, un asile d'aliénés : c'est un asile pour vieillards infirmes, nerveux incurables et aliénés *en observation*, quelque chose d'analogue à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris. Les aliénés, diagnostic établi, sont envoyés à St-Ylie (Dôle); il y a 100 à 110 entrées par an à l'asile départemental du Doubs.

2° — Le plus longtemps possible ; mais, si l'internement à pré-

Digitized by Google

voir dépasse 4 à 6 semaines, je les amène à l'asile de Dôle (St-Ylie).

3° — Oui, en principe mais une distinction plus importante encore d'après *la forme* de la folie alcoolique et les impulsions au suicide, à l'homicide, etc, qui peuvent l'accompagner.

4° — Je spécifie que le malade, bien que relativement calme et lucide, est guéri depuis trop peu de temps, qu'il est exposé à une rechute presque certaine, et que, dans ces conditions, il ne sera libéré qu'autant que sa famille s'engagera, par écrit, à le recueillir, à le surveiller et à le soigner. Presque toujours la famille laisse le malade; et l'autorité préfectorale, — lorsque je signale en même temps que le malade, lors de sa rechute, peut devenir un danger pour la sécurité publique, — accorde cette prolongation d'innement.

EURE. — *Asile d'Evreux:* Dr **Bessière,** directeur-médecin en chef.

1° — Dans le département de l'Eure, où les familles s'intéressent à leurs malades et les reprennent le plus tôt possible, je me trouve rarement en présence de la situation qui vous préoccupe.

Des congés à titre d'essai sont presque toujours demandés par les parents aussitôt que l'état mental des aliénés, alcooliques ou autres, le permet. J'émets un avis favorabte, la sortie est accordée par la préfecture et ma responsabilité est ainsi à couvert.

Depuis 3 ans et demi que je dirige l'asile d'Evreux, je n'ai à signaler que le cas d'un alcoolique dont la parenté était représentée par un oncle qui, au courant des habitudes d'intempérance de son neveu, ne voulait pas le reprendre.

Cet homme qui présentait encore le tremblement caractéristique s'est alors adressé au tribunal civil d'Evreux et a obtenu sa mise en liberté malgré mon opposition.

2° — Pour moi, le criterium de la guérison de l'alcoolisme consiste dans la cessation des troubles physiques: ceux-ci disparus, il est inutile de garder les malades.

3e — En cas de récidive, la même règle s'impose.

4° — J'estime que ce n'est pas violer la loi que de maintenir à l'asile des alcooliques, si raisonnables soient-ils, tant que nous pouvons prouver par des signes tangibles, à des visiteurs incompétents, que de tels malades sont encore intoxiqués et qu'ils ne sont guéris qu'en apparence.

Si, en raison de conditions spéciales inhérentes au milieu, je ne puis donner de réponses formelles aux questions posées dans votre circulaire, voici en thèse générale ma ligne de conduite qui concerne uniquement, je le répète, les malades abandonnés par leurs familles.

S'agit-il d'alcooliques simples — non tarés — maintien jusqu'à la cessation des troubles physiques.

S'agit-il au contraire, de déséquilibrés que l'alcool a fait momentanément délirer — ce qui est la cas le plus fréquent dans l'Eure — je les garde le plus longtemps possible, trouvant dans leur état de dégénérescence primordiale des motifs suffisants pour les conserver à l'asile.

Digitized by Google

FINISTÈRE. — *Hospice de Morlaix* : Dr **Bodros**, médecin en chef.

1° — Oui, toujours.

2° — Pour la première fois deux mois environ. A chaque nouvelle entrée, un mois de plus qu'à la précédente entrée.

3° — Après cinq à six entrées, je les garde presque toutes comme démentes.

4° — Je les juge incapables désormais, après plusieurs séjours dans l'asile, de se diriger dans la vie.

HAUTE-GARONNE. — *Asile de Braqueville* : Dr **Dubuisson**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui.

2° — Un mois.

3° — Oui, mais je tiens compte d'abord de la manière dont réagit l'ivrogne ; s'il a le vin gai, je propose la sortie, s'il a le vin dangereux, je le maintiens ; en outre, s'il est sans ressources, j'attends qu'il puisse sans inconvénient, coucher à la belle étoile ; il n'y a guère que des cas particuliers et une réponse d'ordre général est difficile.

4° — La préservation sociale pour les ivrognes dangereux, la préservation de l'ivrogne quand il est sans ressources ; un grand nombre de ces ivrognes invétérés sont d'ailleurs, à mon avis, des malades mentaux.

HAUTE-LOIRE. — *Asile de Montredon* (Le Puy) : Dr **Bonhomme**, médecin en chef.

1° — Nous avons rarement des cas franchement aigus, nos malades sont plutôt des intoxiqués, des chroniques qui ont des bouffées aiguës, des accès de manie et alors la délimitation entre l'état aigu et l'état habituel n'est pas aussi tranchée ; aussi 2° — les gardons-nous le plus longtemps possible, sous prétexte de convalescence.

3° — Bien entendu, nous prolongeons la convalescence en raison du nombre des rechutes. Mais je le répète, ces cas sont infiniment rares, nos alcooliques sont rapidement des maniaques chroniques ou des déments.

4° — Je ne justifie rien, je dis la vérité et la préfecture ne m'impose pas de sorties dans ce cas-là.

INDRE-ET-LOIRE. — *Hospice de Tours* : Dr **Archambault**, médecin en chef.

1° — Oui, le plus longtemps possible.

2° — Très variable. Toujours au moins deux ou trois mois quand les familles ne forcent pas la main, je réussis au moins pendant ce temps à persuader les malades de la nécessité de la prolongation du traitement.

3° — Oui, les retours à l'asile me font maintenir les malades de plus en plus longtemps.

4° — Auprès de l'autorité, par le danger à rendre trop tôt à la liberté un malade dont la sortie rapide l'expose d'autant plus fatalement à rechuter.

Digitized by Google

Auprès des familles, je m'efforce de les persuader pour eux et leurs malades de la nécessité absolue de les laisser en traitement le plus longtemps possible pour affermir la guérison et empêcher le retour des accidents qui ont déterminé l'entrée. Ces bonnes raisons ne sont pas toujours écoutées ; le plus souvent malheureusement, elle ne veulent pas comprendre ou bien cèdent aux instantes demandes de leurs malades.

JURA. — *Asile de St-Ylie :* Dr **Sizaret**, directeur-médecin en chef.

1° — Je ne puis les maintenir après disparition des troubles constatés, surtout les aigus qui sont les plus fugaces, dans l'état actuel de la législation. Je cherche à prêcher la morale et à assurer au départ, des conditions meilleures par des recommandations à la famille.

3° — Je n'ai pas de distinction à faire, la loi n'en parle pas.

4° — Si le malade est docile, s'il consent d'accord avec la famille, je tente de prolonger la convalescence à l'asile.

LOIR-ET-CHER. — *Asile de Blois* : Dr **Dontrebente**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui, car les rechutes rapides sont la règle et les accidents causés par les alcooliques deviennent de plus en plus nombreux et effrayants dans notre département.

2° — Variable suivant les cas.

Je n'ai pas de règle précise, à cet égard je suis toujours embarrassé.

3° — Oui, séjour plus prolongé en raison directe du nombre des rechutes.

4° — En leur conseillant de rester le plus longtemps possible pour se déshabituer de boire, de façon à obtenir de la part des malades un séjour prolongé de leur propre volonté.

LOT. — *Asile de Leyme* : Dr **Garcin**, médecin en chef.

1° — A l'asile dont je suis médecin en chef, on maintient d'habitude les alcooliques quelque temps après la disparition des troubles délirants aigus.

2° — Deux à trois mois environ. Ce maintien est d'autant plus long que l'aliéné avant son internement se serait livré à des actes plus dangereux pour lui-même ou pour la société.

3° — On fait une distinction entre la première et les autres entrées. Le temps de maintien après la première entrée est ordinairement moindre qu'après les autres.

4° — On maintient les alcooliques quelque temps après la disparition des troubles délirants aigus pour permettre au cerveau de se débarrasser plus complètement des toxines qui ont amené ces troubles.

La distinction entre la première et les autres entrées parait d'autant plus rationnelle que plus il y a de récidives plus le locus minoris resistentiæ devient manifeste, et plus par conséquent il faut de temps à la cellule nerveuse pour revenir à l'état normal.

Digitized by Google

MAYENNE. *Asile de La Roche-Gandon* : Dr **Broquaire**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui.

2° — De quinze jours, à un mois.

3° — Quelquefois le maintien après les autres entrées est un peu plus long qu'après la première entrée.

4° — La longueur du maintien est subordonnée au laps de la rechute, et aussi à la gravité des circonstances. Justification :

Donner à l'alcoolique le temps de bien évaporer son alcool et de reprendre entière possession de lui-même.

NIÈVRE. — *Asile de la Charité* : Dr **Faucher**, médecin en chef.

1° — Oui.

2° — D'un à trois mois lorsque la séquestration a eu lieu pour la première fois.

3° — Oui. — Après la première rechute je maintiens les malades 6 mois, un an même suivant les cas à titre de leçon ; après la deuxième rechute je les maintiens plus longtemps.

4° — Je justifie ce maintien par la nécessité de donner une leçon plus longue, généralement en rapport avec les dangers que chacun d'eux fait courir à la société pendant la période délirante et en outre par l'importance qu'il y a au point de vue de la guérison de leur faire observer fréquemment et aussi longtemps que possible — avec exemple à l'appui — que s'ils reviennent une 3e fois ils seront exposés à rester définitivement à l'asile en raison de l'état de dégradation dans lequel ils tomberont.

Après la troisième rechute, si les malades sont encore en état de sortir, je m'efforce d'obtenir qu'ils demandent à rester et je les occupe dans les divers ateliers, ce qui se fait sans bruit au grand avantage de la Société ; s'ils restent sourds à mon avis, je ne leur refuse pas la liberté.

NORD. — *Asiles d'Armentières* : Dr **Kéraval**, directeur-médecin en chef.

1° — Non.

3° — Non.

L'asile d'aliénés n'est qu'un hôpital.

4° — Le traitement de l'habitude de boire ne lui incombe pas.

Asile de Bailleul : Dr **Cortyl**, directeur-médecin en chef.

1° — Nous les faisons sortir dès que nous les croyons revenus dans la normale.

2° — La durée est variable dans chaque cas particulier.

3° — Non. — L'expérience nous ayant convaincu que, dans la plupart des cas, il n'y a aucun avantage à maintenir les alcooliques sous prétexte d'empêcher une rechute — La loi ne nous autorise pas du reste à les conserver après guérison.

ORNE. — *Asile d'Alençon* : Dr **Anglade**, directeur-médecin en chef.

Digitized by Google

1° — Un temps qui varie avec 1° la nature de l'accès et l'importance de l'appoint vésanique; 2° les conditions dans lesquelles se trouvera le malade à sa sortie; 3° la gravité des tendances agressives manifestées au début de l'accès.

3° — Oui. — Le malade doit-être traité d'autant plus longuement qu'il rechute plus vite.

4° — Comme se justifient les maintiens des malades atteints de folie intermittente.

Oise. — *Asile de Clermont* : Dr **Boiteux**, médecin en chef.

1° — Généralement oui.

2° — De 8 jours à l'infini selon que l'alcoolisme est primitif ou secondaire, selon qu'il est accompagné de tares ou de troubles insignifiants, faibles ou considérables.

3° — Oui. — Je prolonge le séjour à la deuxième ou troisième atteinte.

4° — Par l'absence de fermeté dans les projets de ne plus boire, par la conscience incomplète du passé, par les autres troubles qui persistent souvent.

Puy-de-Dome. — *Asile de Clermont-Ferrand* : Dr **Fouriaux**, médecin en chef.

1° — Oui en général.

2° — Indéterminé.

3° — Oui. — A cause des récidives ou plutôt par crainte des récidives.

3° — Par la raison que la gravité du mal est accrue précisément par les récidives.

Dr **Hospital**, médecin en chef.

1° — C'est très variable ; s'ils n'ont pas été délictueux, on peut les renvoyer, aussitôt remis ; on les ramène voilà tout ; j'en ai eu un enfermé 16 fois et l'autre 34 fois — au reste rien ne les corrige.

2° — Ce temps varie de quelques jours à quelques semaines ; s'il y a eu délit grave, on les garde un peu plus longtemps ; mais ils sont fermés administrativement — dans ce cas le séjour en est très variable.

3° — Oui; les récidivistes doivent être tenus en observation plus longtemps; mais rien n'y fait, ils obéissent à une sorte d'instinct, plutôt qu'à une maladie.

4° — Par le scandale qu'ils ont fait, les menaces quelquefois; par la nécessité de les ramener parfois le même soir, par la lassitude et l'impatience qu'ils causent autour d'eux.

Savoie. — *Asile de Bassens* : Dr **Dumaz**, directeur-médecin en chef.

1° — Il faut distinguer les alcooliques non dangereux et ceux qui ont commis quelque acte répréhensible tombant sous le coup de la loi.

Je fais sortir les premiers ; pour les autres, je leur dis de réclamer leur sortie au tribunal, art. 29 de la loi de 1838 — parce que je n'accepte pas la responsabilité de leur libération.

Digitized by Google

2° — Aussitôt la guérison — soit la disparition de tous les troubles somatiques et psychiques, et lorsque l'intoxiqué a conscience d'avoir été aliéné.

3° — Quand le malade non dangereux, récidive; je suis plus porté à différer la sortie et, suivant les avis des intéressés, famille, amis, à laisser cette libération pour la 3e, 4e fois au tribunal (art. 29).

4° — D'après les explications ci-dessus, je justifie le maintien des récidivistes par la presque certitude d'une rechute; et pour les alcooliques dangereux par le refus de prendre la responsabilité de demander leur sortie au préfet — car il ne peut être question des placements volontaires en l'espèce.

SEINE. — *Asile Clinique* : Dr **P. Dubuisson**, médecin en chef.

1° — Oui, mais à la condition qu'eux-mêmes y consentent — ce qui n'est pas contraire à la loi de 1838.

2° — Autant que je le puis avec leur consentement.

3° — Non.

4° — 1° Par l'intérêt du malade ; 2° par son consentement.

Bicêtre : **Bourneville**, médecin en chef.

1° — La loi du 30 juin 1838 s'y oppose. Ainsi que je l'ai dit souvent il faut une loi spéciale pour maintenir ces malades à l'asile après guérison.

2° — Il faut aussi prévoir une caisse de secours pour la famille.

Dr **Chaslin**, médecin en chef.

1° — Non.

4° — Je ne me reconnais pas le droit de maintenir des alcooliques, lorsque je ne constate plus rien d'anormal. Mais sur le certificat de sortie j'ai soin de toujours remarquer que les probabilités de rechutes sont grandes — de ce que la loi est malfaite. Je respecte la loi, mais en même temps je signale ses imperfections. (C'est à mon avis le seul parti qu'un médecin, chargé de l'application de la loi de 1838, puisse prendre, sans tomber dans l'arbitraire et l'illégalité, toujours dangereux). Le médecin, pas plus que tout autre citoyen, n'est autorisé à violer la loi, même avec bonne intention.

Maison-Blanche : Dr **Taguet**, médecin en chef.

1° — Je n'ai pas de règle absolue. Je les maintiens tant que je peux, tant que la sortie n'est réclamée ni par eux-mêmes, ni par la famille.

2° — Jamais plus de 2 mois. Les malades femmes *purement et simplement alcooliques* sont du reste assez rares dans mon service.

3° — Oui — Les malades et les familles le comprennent et s'y soumettent assez facilement.

4° — Malheureusement ce maintien ne se justifie pas. S'il a une excuse dans la conscience du médecin et dans l'intérêt du malade, il est, par contre, en contradiction avec l'esprit et les dispositions de la loi de 1838.....Sed Lex.

Vaucluse : Dr **Blin**, médecin en chef.

1° — Oui.

Digitized by Google

2° — De un à plusieurs mois.

3° — Non.

4° — Par la nécessité qu'il y a de soigner les troubles somatiques et d'essayer, par un traitement moral, de donner au malade des habitudes de tempérance.

Dr **Dupain**, médecin en chef.

1° — Je les maintiens pendant l'existence des troubles physiques de l'alcoolisme.

3° — La durée de la convalescence, après la disparition des accidents aigus, s'accroît d'ordinaire en même temps que le nombre des entrées.

4° — Dans ce cas, je considère le maintien comme une période plus ou moins longue de convalescence ; je base mon appréciation sur les signes physiques de l'intoxication.

Dr **Vigouroux**, médecin en chef.

1° — Je fais sortir immédiatement les alcooliques qui aussitôt après la disparition des troubles délirants aigus ont recupéré leur équilibre mental ordinaire et leur santé physique.

Je maintiens pendant un temps variable avec chaque cas ceux qui, après la disparition des troubles délirants aigus, conservent un certain degré de confusion mentale ou d'hébétude, ont encore de l'insomnie, des cauchemars et des troubles physiques marqués.

3° Oui.

Je crois qn'il y a intérêt à faire sortir le plus tôt possible l'alcoolique qui entre une première fois.

Pour les alcooliques à entrées multiples, la convalescence doit être en général plus longue.

Quelquefois le séjour à l'asile, du malade, se prolonge.

4° — Avec le consentement même du malade : mais si après la disparition des troubles délirants aigus le malade exige sa sortie, je ne me crois pas en droit de la lui refuser.

Il est bien entendu que seuls les alcooliques ne présentant ni débilité mentale ni affaiblissement intellectuel sont en question.

Asile de Ville-Evrard : Dr **Legrain**, médecin en chef.

1° — Oui, si possible et s'ils s'y prêtent.

2° — Il faudrait un minimum de 6 mois à un an, mais ce temps n'est jamais atteint.

3° — Il faudrait pouvoir le faire, mais c'est impossible.

4° — Injustifiable légalement.

Justifié seulement par la libre volonté du sujet.

Dr **E. Marandon de Montyel**, médecin en chef.

1° — Certainement, oui.

2° — Trois mois au moins à sa première admission, et j'avertis le buveur à sa sortie qu'à sa prochaine entrée la durée du traitement sera double.

3° — Oui, trois mois la première fois, six mois la seconde, un an la troisième; mais j'ai des luttes à soutenir, non seulement avec le

Digitized by Google

malade, mais surtout avec la famille. Je résiste tant que je peux.

4° — Je justifie ce maintien en me basant sur les actes délictueux ou criminels commis par le malade et en déclarant à la préfecture de police et au parquet que, guéri de l'effet, il n'est pas encore guéri de la cause et que mis en liberté, il reboira certainement et certainement commettra les mêmes délits et les mêmes crimes.

Dr **P. Sérieux**, médecin en chef.

1° — Oui.

Observation: Les alcooliques sont *très rares* à la Maison de Santé : je n'ai donc pas d'expérience personnelle basée sur nn grand nombre de cas.

2° — Pour la durée de l'internement je me suis réglé en principe sur le laps de temps considéré comme nécessaire par les médecins des asiles de buveurs: 4 mois (et exceptionnellement 3 mois) à Ellikon, 6 mois à l'asile des buveurs de Berlin, de 9 à 18 mois d'après la loi de Saint-Gall. Il est très difficile de garder les malades plus de 3 mois (chiffre minimum des établissements ci-dessus).

3° — En cas de récidive, le médecin est évidemment mieux armé pour imposer — au point de vue médical — une prolongation de séjour. Quant à le fixer d'une façon précise, c'est évidemment une question d'espèce.

4° — Le maintien n'est sûrement pas justifié au point de vue *légal*, pas plus que le maintien des intermittents et des épileptiques en dehors de leurs accès.

Au point de vue *médical* on peut le justifier: 1° par les exigences du traitement du malade, 2° par le danger que certains de ces sujets font courir à leur proches.

Asile de Villejuif. — Dr **Marie**, médecin en chef.

1° — Oui, dans certains cas.

2° — Cela dépend de la forme du délire et des réactions manifestées par le malade avant l'entrée.

3° Oui, les récidivistes étant les plus sujets à caution sont ceux dont la sortie nécessitent le plus de précautions.

4°. — Je rappelle les rechutes, s'il y en a eu, et les conditions qui ont accompagné le placement en indiquant les conditions que je mets à la sortie (rapatriement, répondants au dehors, promesse de travail. etc).

Dr **Pactet**, médecin en chef.

1° — Oui en général.

2° — La durée du séjour est toujours subordonnée aux intérêts du malade et d'autant plus courte que la prolongation de son séjour à l'asile l'expose à certains inconvénients tels que perte d'une place, etc.

3° — Non.

4° Lorsque les troubles délirants aigus ont disparu, il reste encore des signes physiques d'intoxication alcoolique et ce n'est qu'après la disparition de ces derniers que le malade peut être considéré comme complétement rétabli. Je ne maintiens d'ailleurs

Digitized by Google

jamais le malade pour, ainsi dire, sans son assentiment que j'obtiens facilement en lui représentant les avantages que lui offre, pour sa complète guérison, un séjour un peu prolongé à l'asile.

Dr **Toulouse**, médecin en chef.

1° — Oui.

2° La durée est subordonnée à la disparition des troubles physiologiques (tremblements, troubles gastriques, insomnies) et à la possibilité pour le malade de pouvoir reprendre sa place au dehors dans sa famille et à son travail, à la gravité des actes qu'il a commis.

3° — Oui, je cherche à retenir le malade un peu plus longtemps lorsqu'il revient après un premier internement, surtout s'il manifeste des tendances marquées à boire.

4° — Par l'intérêt du malade, que je ne retiens pas malgré lui.

SEINE-INFÉRIEURE. — *Asile de Saint-Yon* : Dr **Giraud**, directeur-médecin en chef.

1° — Non.

3° — Non.

SOMME. — *Asile de Dury-les-Amiens* : Dr **Martinencq**, directeur-médecin en chef.

1° — Oui. car ces phénomènes aigus ne cessent jamais d'une façon subite, et quelques jours au moins de convalescence sont nécessaires dans l'intérêt même du malade.

2° — Suivant le cas, une observation de 1 ou 2 mois est imposée.

3° — Certainement, mais tout cela est observation particulière du médecin traitant, et certains maintiens ont été jugés nécessaires pendant plusieurs mois (le malade avait commis un crime).

4° — Le placement ayant été obtenu au début peut se prolonger, d'après la loi, tant que le médecin le juge convenable, et alors au lieu de se servir du mot guérison, nous nous servons de l'expression « amélioration progressive » nécessitant le maintien pour quelques jours encore.

VAR. — *Asile de Pierrefeu* : Dr **Belletrud**, directeur, médecin en chef.

1° — Non.

3° — Non.

VENDÉE. — *Asile de la Roche-sur-Yon* : Dr **Cullerre**, directeur. médecin en chef.

1° — Je n'ai pas de règle invariable de conduite. En ce qui concerne des placements volontaires, je ne me crois pas autorisé à garder le malade après la disparition des troubles délirants s'il exige sa sortie malgré mes conseils. En ce qui concerne les placements d'office, je me guide d'après le degré de nociveté du malade et d'après les récidives.

2° — Pendant 2 ou 3 mois, quelquefois davantage.

3° — En général, les récidives et la gravité des actes commis motivant une prolongation de séjour à l'asile.

4° — Il est discutable, à mon sens, que cette manière de faire

Digitized by Google

soit en contradiction absolue avec les dispositions de la loi de 1838. En effet, les alcooliques nocifs, dans le milieu rural surtout, sont, règle générale, des dégénérés, débiles ou fous moraux. Tout n'est pas fini quand la crise délirante provoquée par l'alcool a pris fin, il reste un fonds mental d'autant plus instable qu'il a été plus souvent ébranlé par l'intoxication. Ce fait, connu de tous, explique pourquoi l'opinion publique et les autorités locales ne manquent pas de protester en présence d'une sortie prématurée d'un malade qui sous l'influence de l'alcool, a commis des actes dangereux. Je reconnais qu'à Paris et dans les grandes villes, la situation n'est pas tout à fait la même : en province, l'alcoolique simple n'ayant commis aucun acte dangereux n'est que rarement séquestré.

Ces réponses peuvent être résumée de la manière suivante :

1re Question. — La plupart des médecins maintiennent les alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus.

2e Question. — La durée de ce maintien est le plus souvent supérieur à un mois.

3e Question. — La plupart des médecins maintiennent plus longtemps les alcooliques qui reviennent à l'asile après un premier internement.

4e Question. — La plupart des médecins justifient ce maintien par des raisons médicales et par intérêt pour les malades. Mais ce ne sont pas là des justifications légales. Quelques uns prennent la précaution d'obtenir le consentement des malades. Dans l'état actuel de la législation, cette pratique me paraît être la moins irrégulière. Mais il serait désirable que cette question fut tranchée par des textes de loi précis. Je me propose de revenir sur ce sujet, ce qui me permettra de revenir sur des idées que certains de mes collègues, les docteurs Archambault, Baudin, Boiteux, Broquère, Régis et Wahl, m'ont communiquées. Je pourrai aussi reproduire des considérations très intéressantes de notre collègue belge, le Dr Maere, lesquelles — tout en ne s'appliquant pas à notre législation — n'en sont pas moins à méditer.

Pour cette fois, j'ai voulu laisser la parole à mes collègues et reproduire leurs réponses, qui par leurs diversités sont des plus instructives et prouvent l'utilité qu'il y aurait à établir des règles générales pouvant satisfaire aux principaux désiderata énoncés. Je remercie mes collaborateurs d'un jour d'avoir pris part à ce travail collectif qui sera consulté par ceux à qui il appartient de proposer des modifications dans notre législation ; et je suis persuadé que cette œuvre sera utile.

L'intérêt qu'ils ont pris à cette consultation sera pour moi un encouragement à leur demander à l'occasion leur avis sur d'autres questions d'ordre professionnel.

Dr Toulouse.

Digitized by Google

PAGES OUBLIÉES

LA COURSE HOMICIDE DU MOCK

par Cook.

L'explorateur Cook [1], a, dans ses relations de voyages, décrit un usage bien curieux. Un désespéré s'enivre et court devant lui en tuant les gens qu'il rencontre : c'est en somme une forme de suicide qui satisfait un besoin de vengeance. Cette impulsion présente un aspect psychologique intéressant.

Depuis un temps immémorial, la pratique appellée mock ou courir un muck, est établie chez ces peuples. On dit qu'un Indien court un muck, dans le sens originaire du mot, lorsqu'après s'être énivré d'opium il se précipite dans les rues une arme à la main. tuant toutes personnes qu'il rencontre, jusqu'à ce qu'il soit tué lui-même ou arrêté. Nous en avons vu plusieurs exemples pendant notre séjour à Batavia, et un des officiers chargés de saisir ces furieux, nous dit qu'il se passait rarement une semaine sans que lui ou ses confrères fussent appellés pour en arrêter quelqu'un. Dans un des cas dont nous avons été témoins, l'homme avait eu plusieurs fois à se plaindre de la perfidie des femmes, et était devenu fou de jalousie avant de s'enivrer d'opium : on nous a dit que l'Indien qui court un muck, est toujours réduit au désespoir pour quelque outrage, et qu'il se venge d'abord sur ceux qui lui ont fait des injures ; on nous a appris aussi que, quoique ces misérables courent les rues une arme à la main, écumant de rage, cependant ils ne tuent jamais que ceux qui tâchent de les arrêter, ou ceux qu'ils soupçonnent de ce dessein, et que ceux qui les laissent passer sont en sûreté. Ce sont ordinairement des esclaves qui, par conséquent sont très exposés aux injustices, et qui en obtiennent plus difficilement une réparation légale ; les hommes libres cependant se livrent quelquefois à cette extravagance, et un de ceux que nous vîmes était libre et assez riche.

Il était jaloux de son propre frère qu'il massacra d'abord, ainsi que deux autres hommes qui voulurent lui faire résistance. Il ne sortit pourtant pas de sa maison : il tâcha de s'y défendre, quoique l'opium l'eût tellement privé de ses sens, que de trois fusils qu'il mit en joue contre les officiers de la police, aucun n'était ni chargé, ni amorcé. Si l'officier prend en vie un de ces amocks ou mohawks, comme on les appelle par corruption, sa récompense est très considérable, mais s'il le tue, il ne reçoit rien au-delà de sa paie ordinaire. Cependant, tel est le désespoir de ces furieux qu'ils tuent trois ou quatre des personnes chargées de les arrêter, quoique ceux-ci aient des espèces de grandes tenailles pour les saisir sans se mettre à la portée de leurs armes. Ceux qu'on prend en vie sont ordinairement blessés, mais ils n'en sont pas moins rompus vifs, et si le médecin qui est chargé d'examiner leurs blessures, pense qu'elles peuvent être mortelles, la peine est infligée sur le champ, et la place de l'exécution est communément le lieu où ils ont commis leur premier assassinat.

[1] Cook. *Voyages autour du monde.* (1770-1771). Edition Nyon et Mérigot 1789. Tome III, p. 118.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Séance du 24 novembre 1902)

Du rythme psychologique en rapport avec l'automatisme de certains aliénés par MM. VASCHIDE *et* VURPAS. — *Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique, par* MM. VIGOUROUX *et* JUQUELIER. *Discusssion* : MM. DUPRÉ, TRENEL, DUPAIN, PACTET, VALLON, TOULOUSE, BRIAND.

Du rythme psychobiologique en rapport avec l'automatisme de certains aliénés.

M. VURPAS communique un travail fait en collaboration avec M. VASCHIDE, dans lequels sont étudiés divers états musculaires et mentaux revenant périodiquement et pour ainsi dire rythmiquement chez certains aliénés appartenant aux différentes classes de la psychiatrie (maniaques, mélancoliques, paralytiques généraux, déments, idiots, hallucinés, etc.) Ces états musculaires et mentaux, réapparaissant rythmiquement, sont soit une attitude, une position musculaire, un geste, une expression mimique, un mouvement oculaire, un mot, un néologisme, une phrase ou un fragment de phrase, parfois même de simples images mentales et pensées n'ayant aucune traduction extérieure directe et adéquate, et qui réapparaissent successivement et régulièrement chez certains sujets. Ces divers états, qui ne s'accompagnent pas d'angoisse, provoquent néanmoins de la distraction et parfois déterminent par leur répétition certaines expressions et attitudes, qui traduisent au dehors, dans l'allure générale du sujet, la couleur et l'objet de son délire. Les auteurs rappellent le rapport qu'il semble y avoir entre le rythme mental et les modifications circulatoires et musculaires des sujets, et indiquent les perturbations qui peuvent résulter des troubles survenus dans l'évolution normale de l'automatisme biologique et mental. Il en résulte une rupture de l'équilibre qui semble présider à l'évolution régulière des processus psychobiologiques. Une de ses manifestations fréquentes se traduit par des troubles moteurs pouvant aller jusqu'à une incoordination dans certains cas généralisés.

Au point de vue biologique MM. N. Vaschide et Cl. Vurpas ont relevé l'apparition d'un même rythme chaque fois que la vie évoluait en dehors de la direction, de l'activité régulatrice du rythme. C'est du moins ce qui leur a semblé ressortir de l'étude et de l'examen de courbes plétismographiques, chez une hémiplégique, du côté paralysé, le lendemain de l'ictus, chez un alcoolique quelques jours après la cessation des accidents toxiques, les secondes ont été prises sur un anencéphale dont le système nerveux ne dépassait pas le but, elles étaient caractérisées par le type.

D'après les auteurs, le rythme et la périodicité semblaient de la sorte traduire les manifestations rudimentaires de la vie biologi-

Digitized by Google

que et mentale, lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et semblent soustraits à l'action d'un centre coordinateur et régulateur.

Le rythme et la périodicité seraient ainsi la carastéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et seraient la traduction extérieure de ces deux qualités qui expriment la vie à savoir la dynamogénie et le repos, se succédant périodiquement et rythmiquement. Les centres supérieurs auraient un rôle de coordinateur psycho-dynamique, réglant la machine vitale selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active qui est l'inhibition.

***

Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique

M. Vigouroux : Je désire communiquer à la société, au nom de M. Juquelier et au mien, trois observations de malades ayant présenté un délire hallucinatoire ressemblant à s'y méprendre à un délire alcoolique, et dû à l'auto-intoxication par insuffisance rénale.

Chez le premier malade, âgé de 58 ans, la crise hallucinatoire remplaça, comme accident urémique des attaques de dyspnée antérieures et coïncida avec la réapparition de plusieurs signes physiques de petite urémie. La lésion rénale fut confirmée par l'épreuve du bleu de méthylène, dont l'élimination fut très retardée et très lente. Le délire disparut en même temps que les autres phénomènes d'insuffisance rénale. Cet homme, ancien rhumatisant n'était pas alcoolique.

Le second malade âgé de 36 ans, nous est arrivé atteint d'une part de confusion mentale avec délire hallucinatoire et idées vagues de persécution, d'autre part, de néphrite subaigüe avec oligurie et albuminurie assez abondante. L'épreuve de la glycosurie alimentaire fut négative.

Cet homme avait il est vrai des habitudes alcooliques. Mais lorsque nous vîmes le délire de la torpeur disparaître en même temps que disparaissait l'albuminurie et que s'établissait une décharge urinaire sous l'influence du régime lacté, il nous fut impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre les troubles psychiques et la lésion rénale.

Le troisième malade âgé de 47 ans, ancien rhumatisant, porteur d'une lésion mitrale ancienne, plusieurs fois hyposystolique, était abstinent depuis 5 ans et au régime lacté depuis plusieurs mois lorsque sous l'influence d'un écart de régime, il présenta un délire hallucinatoire très intense, en même temps qu'une oligurie considérable. Ici encore il y eut sous l'influence du régime lacté et de la digitale, coïncidence entre sa disparition de troubles hallucinatoires et le rétablissement de la secrétion urinaire.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de MM. Klippel, Regis, Ballet, Walter, Cullerre, etc., qui ont noté l'analogie étroite, unissant le syndrome délire alcoolique et le syndrome délire toxique,

Digitized by Google

M. Dupré. — Ces trois observations sont à rapprocher de celles que vous aviez publiées récemment sur les troubles délirants dus à l'insuffisance hépatique. Je voudrais précisément savoir quel a été le rôle du foie dans les cas actuels? Vous ne l'avez pas indiqué.

M. Vigouroux. — Le foie a toujours été examiné et si je n'en ai pas parlé dans le résumé de nos observations, c'est parce qu'il ne nous a pas paru intervenir d'une façon importante: chez l'un de nos malades, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été négative, chez un autre, l'élimination du bleu de méthylène fut très retardée, très lente, mais non polycyclique. Le troisième est un cardiaque asystolique qui avait, il est vrai, le foie douloureux. L'interprétation de ce cas est plus délicate. Pourtant la crise de délire a bien coïncidé avec l'apparition d'une oligurie extrême et disparu avec elle.

M. Trenel. — J'ai observé deux cas analogues à ceux que rapporte M. Vigouroux.

Dans le premier, il s'agissait d'un malade qui fit au cours d'une nephrite aiguë dont il mourut, un délire des persécutions vulgaire.

Le second concerne une femme atteinte de nephrite chronique, qui fut en proie à des accidents délirants diagnostiqués delirium tremens. On dut l'interner. Or elle ne faisait aucun excès alcoolique et était même depuis plusieurs mois, au régime lacté presque absolu. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le pense. Dans les délires puerpéraux par exemple, on voit souvent les accidents délirants disparaître en même temps que les signes physiques d'intoxication, l'albuminurie en particulier.

M. Dupré. — Dans sa thèse, M. Maurice Faure, élève de M. Ballet, a publié des observations fort intéressantes et desquelles se rapprochent celles dont nous venons d'entendre parler. Mais M. Maurice Faure a bien montré que le plus souvent, le foie et le rein associent leurs lésions d'insuffisance pour produire des troubles cérébraux : c'est le syndrome mental hépato-rénal. Dans de telles observations, avec ce délire toxique on observe parfois des symptômes de polynévrites, confirmés par l'autopsie et coïncidant avec des lésions corticales. Il faut donc encore rapprocher ces observations d'auto-intoxication, des psychoses polynevritiques de Korsakoff. Le champ des troubles psychiques par auto-intoxication est très vaste. Ce qui fait l'intérêt des observations de M. Maurice Faure, c'est qu'il a vérifié par l'autopsie les lésions hépato-rénales qui causaient le délire.

M. Vigouroux. — Il s'agit dans le cas de M. Maurice Faure, d'accidents aigus, où tout au moins terminaux. Nous avons observé des malades qui guérissent. Nous n'apportons pas d'autopsies. Mais nous nous appuyons précisément pour établir notre diagnostic, sur les cas analogues, et vérifiés après la mort, de M. M. Faure et de M. Klippel.

M. Trénel. — Il ne faudrait pas, sous prétexte de synthétiser, réunir trop de cas disparates. Il existe des observations d'accidents délirants relevant de l'intoxication par insuffisance des

Digitized by Google

fonctions hépato-rénales et dans lesquelles il n'existe aucun symptôme de polynévrite.

M. Dupré. — Sans doute, mais il est bon en présence d'accidents délirants dont l'étiologie est obscure de rechercher l'influence des intoxications viscérales, qu'il y ait ou non polynévrite.

M. Dupain. — J'ai eu récemment dans mon service, une malade atteinte de délire qualifié alcoolique et qui mourut d'urémie, avec lésion rénale vérifiée à l'autopsie.

M. Pactet. — Ces cas ne sont pas exceptionnels. Il existe bon nombre de malades chez lesquels on met sur le compte de l'alcool des accidents qui ne sont pas alcooliques. M. Vallon se rappelle sans doute un cas typique à ce sujet, et que nous avons observé ensemble il y a quelques années.

M. Vallon. — Je me rappelle en effet cette observation. Il s'agissait d'un ancien rhumatisant non suspect d'alcoolisme. Ce malade présenta un délire mystique qui dura fort longemps et qui ressemblait au délire alcoolique. Il avait des symptômes de nephrite chronique.

M. Pactet. — Le délire urémique n'a d'ailleurs pas de caractère pathognomonique.

M. Toulouse. — En réalité, nous faisons le diagnostic de délire alcoolique, parce que nous vivons sur la description de Lasègue. Depuis Lasègue, on dit « délire alcoolique » toutes les fois que l'on retrouve les symptômes décrits par lui, et qui sont ceux du délire toxique en général, sans qu'il existe de caractère propre au délire alcoolique. D'autre part, les statistiques des asiles donnent parmi la population assistée, 30 0/0 de buveurs. Mais cette proportion n'a rien de spécial aux asiles. C'est aussi celle de la rue et de l'atelier. Je ne crois pas que tous les accidents psychopathiques observés chez ces buveurs soient des accidents alcooliques. Il faudrait reprendre la question du délire alcoolique.

M. Briand. — Peut-être est-il parfois possible de distinguer cliniquement les délires toxiques du délire alcoolique : J'ai observé en ville un malade brightique, et qui sous l'influence d'un écart de régime, compliqué d'intoxication alimentaire, fit un délire hallucinatoire très intense. Or ce malade avait conservé dans son délire une certaine lucidité. Il prévoyait qu'il allait être halluciné et qu'il allait avoir peur. Entre ses crises, il reconnaissait la fausseté de ses hallucinations : cette lucidité n'existe pas habituellement chez les alcooliques.

M. Toulouse. — Mais elle disparait dans certains délires toxiques ou auto-toxiques graves ; dans les maladies infectieuses par exemple il survient parfois des délires où la conscience disparait complètement.

Je ne connais aucun caractère suffisant pour permettre de faire par le seul examen du délire, le diagnostic différentiel entre les divers délires toxiques ou auto-toxiques et le délire alcoolique.

Rapports. — M. Dupain rend compte de l'ouvrage du Dr Miguel Bombarda, professeur à l'école de médecine de Lisbonne, intitulé :

Digitized by Google

« La Conscience et le Libre arbitre ». — Il s'agit d'études biologiques. Le professeur Bombarda fit à la société des Sciences médicales de Lisbonne un certain nombre de leçons sur les neurones et la vie psychique. C'est là l'origine de son livre. L'ouvrage est divisé en une vingtaine de chapitres : — La croyance et la science — le déterminisme — la vie psychique et la conscience — le déterminisme psychique — les illusions de libre arbitre chez les protozoaires — le vitalisme — la machine pensante.

L'auteur établit une conception matérialiste de la psychologie. Il y ramène la Conscience et le Libre arbitre aux influences de l'évolution, de l'hérédité, du milieu, aux simples réactions physiologiques. L'âme est une pure fantaisie et le fonctionnement matériel du cerveau se traduit par des phénomènes psychiques.

Sur ces bases l'auteur voudrait établir une morale nouvelle ayant pour but le perfectionnement de l'homme, et dans la péroraison de son livre il entrevoit dit-il, l'aurore d'une ère nouvelle pour le bonheur de l'humanité.

M. Trenel communique l'analyse d'un article de M. Pilcz sur les folies post-opératoires.

M. Pilcz, qui s'est inspiré, des ouvrages français les plus récents publiés sur la question n'apporte pas de notions nouvelles. Mais son travail est une excellente mise au point, dans laquelle il fait ressortir l'importance du rôle des anesthésiques, des antiseptiques toxiques tels que l'iodoforme de moins en moins employés, des interventions portant sur les organes génitaux et de la coprostase consécutive aux laparotomies.

Vacances. — Une place de membre titulaire, laissée libre par la mort de M. Falret, est déclarée vacante.

P. Juquelier.

NOTES & INFORMATIONS

Assistance des aliénés criminels. — Nous rappelons, au moment où cette question est de nouveau discutée, les conclusions du rapport de notre collaborateur, M. le Dr Colin, présenté à la Commission mixte, instituée en 1898 par le département de la Seine pour l'étude de l'assistance des aliénés.

Article premier. — Il y a lieu de créer un asile spécial pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où ils seront conduits et retenus par les soins du ministre de l'Intérieur.

Art. 2. — L'internement sera prononcé par le tribunal en chambre du conseil.

Art. 3. — Est envoyé devant le tribunal en chambre du conseil, qui, après avoir entendu le procureur de la République, ordonne son internement :

1° Tout inculpé de crime ou de délits à déterminer qui, par suite de son état mental a été reconnu irresponsable, l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêté de non-lieu ;

Digitized by Google

2° Certains prévenus poursuivis en police correctionnelle, acquittés comme irresponsables à raison de leur état mental ;

3° Tout accusé qui, par suite de son état mental, a été déclaré irresponsable et acquitté par le Conseil de guerre ;

4° Tout accusé traduit en cour d'assises, pour lequel, au cours des débats, la question d'irresponsabilité sera posée. Dans ce cas, la cour devra ordonner le renvoi de l'accusé devant une commission d'expertise spéciale composée de médecins et de juristes. La défense aura le droit de participer à la désignation des experts ;

5° Les individus condamnés, reconnus aliénés pendant la durée de leur peine ;

6° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes.

Les aliénés dont il est question dans les trois paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal en chambre du conseil qui statuera dans les conditions prévues plus haut.

Les dispositions précédentes s'appliquent seulement aux individus dangereux à impulsions violentes, à mauvais instincts dont les actes criminels ou les manifestations violentes sont de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques (crimes ou délits contre les personnes, incendies, viols, etc., etc.).

La loi nouvelle déterminera la catégorie des crimes et des délits visés plus haut.

Art. 4. — Les médecins chargés du service de l'asile spécial auront la faculté de proposer à l'autorité compétente le transfèrement dans les asiles ordinaires de leurs départements des aliénés incurables, inoffensifs ou devenus inoffensifs, des déments, des paralytiques généraux, etc., etc.

Les aliénés dits criminels pourront, dans tous les cas, être placés directement dans les asiles ordinaires par décision judiciaire, après expertise, comme cela a lieu en Angleterre.

Art. 5 — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles ci-dessus, est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité, la décence et la tranquillité publiques et sa propre sûreté.

La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au tribunal, qui statue en chambre du conseil.

Art. 6. — Le médecin traitant pourra proposer au tribunal des sorties conditionnelles, mais l'Etat conserve sur le malade sorti ainsi conditionnellement un droit et un contrôle effectifs, le soumet à des visites fréquentes et, en cas d'infraction, soit de sa part, soit de la part de ses tuteurs, le reprend et le fait reconduire à l'asile comme cela se pratique en Angleterre.

Art. 7. — L'Asile spécial devra se composer de pavillons contenant un petit nombre de malades, vingt au maximum, en deux quartiers de dix malades, et aménagés de façon à permettre l'emploi des malades à des travaux industriels (voir : Asiles d'aliénés vicieux, rapport de M. le Dr H. Colin).

Le sang dans la paralysie générale, par MM. Klippel et Lefas Soc. de biologie, 15 novembre 1902). — Les auteurs résument ainsi leurs recherches :

« Nous exposons ici les résultats essentiels que nous a donnés l'examen du sang pratiqué chez 22 malades atteints de paralysie générale en tenant compte de chacune des trois périodes.

Digitized by Google

En ce qui concerne les globules rouges, la numération montre que le taux reste normal ou même légèrement élevé, variant de 4.050.000 à 5.300.000 ; les chiffres les plus élevés se voient à la période d'état et à celle de cachexie ; dans cette dernière, nous avons vu les chiffres précédents dépassés, mais alors il faut tenir compte de la cyanose.

Les hématoblastes sont nombreux ; les hématies ne présentent pas de déformation ; on rencontre (8 fois sur 22 malades) des hématies nucléées dont le nombre pour 100 leucocytes varie de 0,25 à 6 ; exceptionnellement, ces hématies ont le type normoblastique ; presque toujours, elles sont petites, arrondies, à protoplasma peu abondant ; le noyau est parfois hémoglobique ; souvent le protoplasma semble avoir disparu et le noyau être libre. Ces hématies nucléées sont surtout fréquentes à la première période de la maladie et aussi à la période de cachexie.

Il n'a pas de leucocytose, le taux des globules blancs variant de 4.000 à 7.200 ; nous avons trouvé, à la période de cachexie, jusqu'à 20.000 leucocytes, mais ici encore la cyanose intervient.

L'étude de la formule leucocytaire ne montre pas d'éosinophilie (0,33 à 3,34 p. 100). Les polynucléaires sont augmentés (74, 5 à 85 p. 100) au début de l'affection ; ils descendent ensuite à la période d'état à la normale (64 a 68) et même au-dessous (51 à 61), mais dans un tiers des cas, à cette même période, la polynncléose persistait (70 à 78) ; à la période cachectique, il en est de même qu'à la période d'état. Parmi ces polynucléaires, on trouve assez fréquemment des neutrophiles.

Dans tous les cas, on observe de 1 à 4 p. 100 d'éléments basophiles ayant l'aspect de myélocytes.

Les lymphocytes sont augmentés, rarement au début, presque toujours à la période d'état (13 à 28), et à la période de cachexie ; cette lymphocytose ne manquait, dans ces deux dernières phases de la maladie, que que chez un malade sur 18.

Les mononucléaires varient de 6 à 17 p. 100 aux diverses périodes.

Tout ce qui précède montre bien qu'au point de vue hématologique la paralysie générale se comporte comme une infection banale ; il n'y a pas de leucocytose comme dans les infections aiguës, mais, néanmoins, la formule leucocytaire reste celle d'une maladie microbienne, lente et chronique. Ainsi, l'hématologie vient encore confirmer la nature infectieuse de la paralysie générale, que l'un de nous a cherché à établir par un grand nombre d'arguments anatomiques et cliniques.

Nous comptons ultérieurement donner les résultats fournis par l'étude de la rate et de la moelle osseuse. »

Le poids du cerveau humain. — (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, 15 novembre 1902).

Dans une note de M. F. Marchand à la *Société saxonne des Sciences*, on peut relever les nombres suivants, indiquant le poids de cerveaux prélevés dans des conditions particulièrement satisfaisantes. Les sujets étaient hessois. Le poids moyen du cerveau (y compris les méninges) de l'homme adulte (15 à 50 ans) est de 1.400 grammes ; celui de la femme adulte de 1.275 grammes. Sur 100 hommes adultes, 84 ont un cerveau compris entre 1.250 et 1.550 grammes ; 50 ont un cerveau compris entre 1.300 et 1.450 grammes ; 30 ont un cerveau pesant plus de 1.450 grammes, et 20 moins de 1.300 grammes. Sur 100 femmes adultes, 91 ont un cerveau compris entre 1.100 et 1.450 grammes ; 35 entre 1.200 et 1.350 grammes ; 20 ont un cerveau pesant plus de 1.350 grammes et 25 moins de 1.200 grammes.

Le poids du cerveau de l'enfant à 9 mois est sensiblement le double

Digitized by Google

du poids à la naissance ; le poids du cerveau de l'enfant à 3 ans est sextuple de son poids à la naissance.

Le cerveau atteint son complet développement pondéral chez l'homme vers la vingtième année, chez la femme vers la dix-septième année.

Théâtre médico-psychologique. — Le Théâtre-Antoine vient de représenter l'*Enquête*, une pièce de M. Henriot, qui n'est autre que M. le Dr Roger.

voici l'analyse qu'en donne M. Paul d'Estrée dans le *Journal de Médecine de Paris* :

« Le président *** (l'auteur ne le désigne pas autrement), a été trouvé la nuit, dans la rue, assassiné. Un juge d'instruction, de ses amis, l'avait quitté peu de temps avant le crime. C'est lui qui sera chargé de découvrir le ou les coupables. Mais il s'égare sur une fausse piste, qu'il suit avec cette passion aveugle dont les annales de la justice ne signalent que trop d'exemples. Heureusement un jeune avocat, d'une rare sagacité, assiste le prétendu assassin, le mari d'une femme qui était la maîtresse du président. Le défenseur a relevé cette particularité, que la victime, frappée d'un instrument contondant, sans doute une canne à pomme métallique, était encore en compagnie du juge d'instruction, quand elle a reçu le coup mortel. Or, le magistrat enquêteur porte d'ordinaire une canne surmontée d'une sphère pesante. Et voici qu'un médecin-légiste, cité comme témoin, déclare que le crime a dû être cemmis par un épileptique, pendant une dc ces crises où il n'a plus conscience de ses actes et dont il ne saurait garder le souvenir. L'homme de l'art décrivit savamment tous les symptômes caractéristiques du « mal sacré » ; le juge d'instruction, qui avait suivi cette conférence médico-légale avec curiosité, puis avec angoisse, enfin avec terreur, se raidit subitement et tombe comme foudroyé. C'était lui le meurtrier, sans le savoir de son ami.

Cette dernière scène produit aur le spectateur une émotion profonde qui va jusqu'à l'épouvante : et j'estime que la narration du témoin, coufirmée en quelque sorte par l'attitude et la crise décisive de l'épileptique, pourrait bien trouver dans la salle une réplique non moins terrifiante. Il me souvient qu'au théâtre de l'Ambigu le simple récit d'une attaque de haut mal, dans un mélodrame à grand orchestre, provoqua chez un de mes voisins, d'ailleurs épileptique, une crise des plus violentes, dont le médecin de service eut difficilement raison. Cette affection n'est-elle pas en quelque sorte contagieuse ? Et n'a-t-on pas observé, dans des maisons d'éducation, des manifestations épileptiformes ou chroniques chez des jeunes garçons ou des jeunes filles qui avaient vu un de leurs camarades se débattre sous l'étreinte du terrible fléau ? »

Balzac chez Esquirol. — « Maître, disait un jour à Esquirol un de ses disciples, indiquez-moi un critérium sûr pour distinguer la limite qui sépare la raison de la folie.

Le lendemain, le maître réunissait à la même table son disciple et deux personnages : l'un correct jusqu'à la perfection dans sa tenue et son langage l'autre exubérant plein de lui-même et de son avenir.

En prenant congé, le disciple rappela au maître le critérium qu'il lui avait demandé la veille.

— Prononcez vous-même, lui dit Esquirol ; vous vener de dîner avec un fou et un sage.

— Oh ! le problème n'est pas difficile : le sage, c'est cet homme si distingué, si accompli ; quant à l'autre, quel étourdi ! quel casse-tête ! Il est vraiment à enfermer.

Digitized by Google

— Eh bien ! lui dit Esquirol, vous êtes dans l'erreur : celui que vous prenez pour un sage se croit Dieu le Père ; il met dans son attitude la réserve et la dignité qui conviennent à son rôle ; c'est un pensionnaire de Charenton. Quant au jeune homme que vous prenez pour un fou, vous pouvez saluer en lui l'une des gloires de la litterature française : c'est M. Honoré de Balzac. » (*Chronique médicale*, décembre 1902).

Concours de l'adjuvat des asiles. — Le concours de l'adjuvat des asiles publics d'aliénés de France, institué par l'arrêté ministériel du 9 mai 1902, s'est ouvert, au ministère de l'Intérieur, le 10 novembre dernier et s'est terminé le 24 du même mois.

Le jury était composé de la manière suivante :

Président : M. le Dr Drouineau, Inspecteur général des services administratifs, au ministère de l'Intérieur ;

Membres titulaires :

MM. le Dr Mairet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Dr Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le Dr Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Dr Magnan, médecin en chef à l'asile clinique de Ste-Anne.

Le Dr Rousset, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

Le Dr Anglade, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

Membre suppléant : M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de St-Yon (Seine-Inférieure).

36 candidats s'étaient fait inscrire pour ce concours, mais 20 seulement ont été admis aux épreuves orales à la suite desquelles 11 ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés, savoir :

MM. les Docteurs Mercier, Capgras, Simon, Lagriffe, Aubry, Couloujou, Parant, Vernet, Gimbal, *ex-æquo* Masselon n° 1 et Malbois n° 2.

Personnel des Asiles d'aliénés. — *Mouvement de novembre.* — M. Guillot, directeur à l'asile St-Anne, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr Pélissier, médecin-adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var), nommé à l'asile de Marseille (poste créé).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL

DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FRANCE

Annales Médico-Psychologiques (1902, 8e s., xvi, n° 3, Nov.-Déc.)

Masoin (Paul). Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Anvers, 1er-7 septembre 1902, 353-374. — **Séglas (J.).** Les hallucinations unilatérales (suite et fin). 374-394. — **Viallon** Suicide et folie (suite). 394-404. — **Dide (Maurice)** et **Chenais (Louis).** Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce. 404-415. — **Garnier (Samuel).** De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être (suite). 415-432.

Digitized by Google

Archives de Neurologie (1902, XIV, 2e série, n° 82, Octobre).

Guiard et **de Clérambault**. Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. 289-302. — **Truelle** et **Petit**. Cas de paralysie générale et d'alcoolisme. 302-313. — **Rouby**. L'hystérie de sainte Thérèse (suite). 313-324.

(N° 83, Novembre).

Paris (A.). Contribution à l'étude de la pathogénie des idées délirantes fondamentales, des idées directrices et des obsessions, de leurs rapports, dans les délires vésaniques. 401-407. — **Guiard** et **de Clérambault**. Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. 407-418. — **Bourneville** et **Boyer**. Contribution à l'étude de l'idiotie normale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme normale. 418-425.

Assistance Familiale (1902, 11e année, 3e série).

Medici. La colonie familiale de la Seine à Levet (Cher). N° 20, 31 octobre, 129-133. — **Manheimer-Gommès**. Assistance médicale à domicile à l'étranger. 207-213.

Bulletin de la Soc. libre p. l'ét. psychol. de l'enfant (1902, 2e an., n° 9, Oct.)

Duprat (G.-L.). Etude sur le mensonge, d'après nos questionnaires. 220-229.

Bulletin Médical (Le) (1902, 16e année).

Bernheim. Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. N° 89, 8 novembre, 937-942.

Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris (1902, 3e s. 19e an.)

Chauffard (A.). A propos du procès-verbal. — Tétanos traumatique traité par la méthode de Baccelli et terminé par la mort. N° 31, 6 novembre, 891-893 (séance du 31 octobre 1902). — **Triboulet**. A propos du procès-verbal. — De l'état des réflexes tendineux dans les méningites cérébro-spinales. N° 32, 13 novembre, 911-912. — **Marchand (L.)**. Hyperthermie et symptômes méningitiques chez une hystérique. 942-946 (séance du 7 novembre).

Chronique Médicale (La) (1902, 9e année).

Cabanès. Le sadisme chez Baudelaire. N° 22. 15 novembre, 725-735.

C.-R. hebdomad. des séances de l'Académie des Sciences (1902, CXXXV).

Coblyn (J.-H.). La vision à distance par l'électricité. N° 17, 27 octobre, 684-685 (séance du 27 octobre). — **Vaschide** et **Vurpas (Cl.)**. Le rythme vital. N° 18, 3 novembre, 752-754 (séance du 3 novembre). — **Dupont (Maurice)**. Appareil pour déterminer la durée des impressions lumineuses sur la rétine. N° 20, 17 novembre, 876-878. — **Leduc (Stéphane)**. Production du sommeil et de l'anesthésie générale par les courants électriques. 878-879 (séance du 17 novembre 1902).

C.-R. hebdomadaires des séances de la Société de Biologie (1902, LIV).

Féré (Ch.). Des variétés de l'influence d'un même son sur le travail, suivant que le sujet est ou non exposé en même temps à d'autres excitations sensorielles. N° 30, 14 novembre, 1.207-1.209. — **Richet (Charles)**. Sur une illusion du mouvement. 1.213-1.215 (séance du 8 novembre 1902. — **Féré (Ch.)**. Des effets divers d'un même son suivant l'état du sujet. N° 31, 21 novembre, 1.235-1.237. — **Klippel** et **Lefas**. Le sang dans la paralysie générale. 1.267-1.268 (séance du 15 novembre 1902).

Echo Médical de Lyon (L')
(1902, 7e année, n° 11, 15 Novembre).

Thomas (P.). Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës (suite). 321-333.

Digitized by Google

Gazette des Hôpitaux (1902, 75e année).

Broca (A.). Trépanation pour troubles consécutifs à une fracture ancienne du crâne. N° 119, 21 octobre, 1.169-1.172.

Lyon Médical (1902, XCIX).

Parot. Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale; méningite basilaire aiguë. N° 45, 9 novembre, 635-645.

Médecine Moderne (La) (1902, 13e année).

Marinesco (G.). Sur la présence des granulations oxyneutrophiles dans les cellules nerveuses. N° 48, 26 novembre, 389.

Revue de l'Ecole d'Anthropologie (1902, XI, Novembre).

Letourneau (Ch.) La femme en Papouasie et en Afrique. 373-388.

Revue Neurologique (1902, 10e année).

Babinski (J.). Sur le rôle du cervelet dans les actes volitionnels nécessitant une succession rapide des mouvements: diadococinésie. N° 21, 15 novembre, 1.013-1.015. — **Minerbi (Cesare)** et **Tedeschi (Ettore).** Le facies faunica, un signe dégénératif chez quelques névropathes (1 figure). 1.015-1.022. — **Féré (Ch.).** L'excitation sexuelle dans l'angoisse. 1.022-1.025.

Revue Philanthropique (La) (1902, XII, n° 67, 10 Novembre).

Rodiet (Antony). Les enfants alcooliques, causes et effets de l'alcoolisme pendant la première jeunesse. 48-62.

Revue Philosophique (1902, 27e année, n° 11, Novembre).

Dauriac (L.). Des images suggérées par l'audition musicale. 488-503.

Revue Scientifique (1902, 4e série, XVIII).

Mathieu (Albert). La pédagogie physiologique. N° 20, 15 novembre, 609-614.

Semaine Médicale (1902, 22e année).

Cornil (V.). Technique de l'autopsie du cœur. N° 40, 1er octobre, 321-323.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (1902).

Barthès. Alcoolisme : causes, début, traitements. 19 novembre. — **Renoult.** Contribution à l'étude des rapports entre l'idiotie et le rachitisme. — **Laprade.** Contribution à l'étude de l'écriture en miroir. 26 novembre. — **Mancel.** Dépression nerveuse post-grippale. 27 novembre.

Tribune Médicale (1902, 35e année, 2e série).

Nilsson (Emile). Quelques réflexions sur les rapports entre l'ivrognerie et le crime. N° 45, 5 novembre, 885-887.

ALLEMAGNE

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1902, 59, band. 20 Novembre).

Literaturheft, zum 59. Bande der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (1902, XXV, n° 154, 15 Novembre).

Ragnar Vogt. Plethysmographische Untersuchungen bei Geisteskrankheiten. 665-681. — **Hoppe.** Neuere Arbeiten über Alkoholismus. 681-689.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1902, Bd. XII, H. 5, Nov.)

Fürstner (C.). Zur Pathologie der progressiven Paralyse. 409-421. — **Oppenheim (H.).** Zur Pathologie der Hautreflexe an den unteren Extremitäten. 421-423. — **Flörsheim (Ernst).** Ueber das Vorkommen des Tibialisphänomens. 423-432. — **Kaes (Theodor).** Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. 467-476.

Digitized by Google

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift (1902).

Kalmus (Ernst). Skizze des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben. N° 31, 1er Novembre, 333-337. — **Pfausler.** Einiges über die Befangenheit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige. N° 32, 8 Novembre, 341-347. — **Kalmus (Ernst).** Skizze des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben. 347-349. — **Moharrem Bey (M.-L.).** War Mohammed Epileptiker ? N° 33, 15 Novembre, 353-357. — **Bleuler (E.).** Halbseitiges Delirium. N° 34, 22 Novembre, 361-367.

BELGIQUE

Bulletin de l'Académie R. de Médecine de Belgique (1902, IVe s., XVI, n° 9).

Moreau (C.). Contribution à l'étude de la neurose traumatique. 631-652 (séance du 25 octobre 1902).

Journal de Neurologie (1902, 7e année).

Crocq (J.). Le mécanisme du tonus et des réflexes dans l'état actuel de la science (suite). N° 20, 20 octobre, 399-428. — **Marchand (L.).** Syndrôme occipito-cérébelleux. N° 21, 5 novembre, 432-437. — **Bienfait (A.).** A propos du goitre exophtalmique. Le centre bulbaire. Traitement par le thymus. Comm. Soc. belge de Neurologie, séance du 25 octobre 1902, 437-443.

ÉTATS-UNIS

Journal of Nervous and Mental Disease (1902, XXIX, N° 11, Novembre).

Tomlinson (H.-A.). The History of Three Cases of Peculiar Motor Manifestations in the Insane. 664-674. — C. R. New-York Neurological Society, Mai 6, 1902. 677-678.

Psychological Review (The) (1902, IX, n° 6, Novembre).

Bolton (Thaddeus-L.). A biological view of perception. 537-549. — Studies from the psychological laboratory of the University of California. Communicated by Prof. George M. Stratton. VI. **Robertson (Alice).** « Geometric-Optical » Illusions in Touch. 549-570. — **Tawney (G.-A.).** Feeling and Self-awareness. 570-597.

ITALIE

Giornale di Psichiatria Clinica e Tecnica Manicomiale (1902, Année XXX, Janvier-Mars, Fasc. 1).

D'Ormea (A.). Del contrasto psichico nelle malattie mentali. 1-12. — **Cappelletti (L.).** Il trattamento famigliare dei malati di mente. 12-63. — **Muggia (G.).** Sopra un caso di epilessia tardiva in un alienato. 63-81. — **Mannini (C.).** Automatismo o somnambulismo isterico con emiparesi ed emiipoestesia di natura probabilmente non isterica. 81-94. — **Finzi (J.).** Psicosi pellagrose (continuazione e fine). 94-105. — **Vedrani (A.).** Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali (continuozione). 105-128.

(Avril-Septembre, Fasc. 2 et 3).

Boschieri (C.) et Lugiato (L.). Ricerche comparative intorno all' azione di alcuni ipnotici sul polso e sul respiro. 151-187. — **Lambranzi (R.).** Contributo allo studio della frenosi maniaco-depressiva e della melancolia da involuzione. 187-257. — **Vedrani (A.).** Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali (continuazione). 257-276. — **Ferrarini (C.) et Paoli (G.).** Sindrome paralitica generale per cisticercosi del cervello. 276-292. — **Cristiani (A.).** L'ingerenza amministrativo-economica e l'ingerenza sanitaria nei Manicomi (Dati e raffronti dedotti dall' andamento del R. Manicomio di Lucca). 292-300. — **Ferrarini (C.).** Sulla divisione del lavoro sanitario nei Manicomî. 300-306.

Rivista mensile di Psichiatria forense, antropologia criminale (1902, anno V, N° 9, Septembre).

La Cara (A.). Un ermafrodita psicosessuale. 319-323.

Digitized by Google

BULLETIN

LE CONCOURS DE L'ADJUVAT ET LE NOUVEAU RÈGLEMENT

Le concours pour l'adjuvat des asiles a eu lieu ce mois-ci dans les nouvelles conditions édictées par le règlement du 9 mai 1902. Il est unique et non plus régional comme auparavant et comporte, en outre des épreuves antérieures, une épreuve administrative.

Je ne dirai pas grand chose de l'épreuve sur l'organisation des asiles et de la législation des aliénés, laquelle me parait utile, à condition qu'on la comprenne dans le sens le plus large et qu'on y fasse entrer notamment l'étude de l'assistance des aliénés et de ses divers modes. Il est nécessaire que les médecins des asiles connaissent la loi sur le régime des aliénés ; mais il est tout aussi nécessaire qu'ils aient une idée des grands problèmes médicaux que soulève l'assistance des divers malades mentaux.

Le concours unique était réclamé par beaucoup de médecins. Il présente l'avantage de provoquer une émulation plus grande entre les candidats et, les plus instruits étant rassemblés, d'élever le niveau des épreuves. Au point de vue de l'intérêt général de la psychiatrie, cette forme de concours paraît bonne. Il y a cependant lieu de tenir compte du désir légitime de certains candidats de rester -- tout au moins durant les premières années de leur carrière — dans une région où ils ont reçu leur instruction médicale. Ce désir se concilie d'ailleurs avec l'utilité qu'il y a à favoriser les travaux scientifiques, qu'une désorientation trop brusque, bonne seulement pour assouplir des fonctionnaires, peut entraver. Pour l'agrégation, le concours est unique; mais les candidats choisissent la région. On pourrait s'inspirer de ce système pour concilier tous les intérêts.

Les membres du jury sont désignés par le Ministre. Le vœu de la majorité des candidats est que ces juges soient — comme dans tous les autres concours médicaux — tirés au sort. Il y a en effet intérêt à ce que la constitution du jury, établie par la voie du sort, ne puisse causer chez les candidats aucune appréhension de nature à les écarter. Le tirage au sort sur une liste unique de juges aurait aussi l'avantage de modifier la situation actuelle, où les professeurs de psychiatrie des Facultés — étant peu nombreux et devant servir à constituer la moitié des jurys — se trouvent forcément désignés tous les deux ans et sont par conséquent connus comme tels avant l'ouverture des concours.

En terminant je présenterai une observation au sujet de la manière dont se fait l'épreuve clinique. Il est d'usage de présenter aux candidats les malades habillés. Or tous les aliénistes sont d'avis que la pathologie mentale doit emprunter à la pathologie ordinaire ses méthodes d'examen et ses notions générales. Puisque l'aliéné est un malade comme les autres malades, traitons-le comme tel et examinons-le dans les concours comme ceux-ci — au lit.

Dr TOULOUSE.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

Accommodateur. (Réflexe — étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale) . 266
Adjuvat (Le concours de l' — des asiles et le nouveau règlement..... 573
Agitation. (Traitement des états d' — par le bain permanent)..... 127
Alcooliques. (Maintien des — après la disparition des troubles délirants aigus).. 368, 545
Aliénés. (Chirurgie des —).. — (Les — criminels)..... 386
— (Les — devant les tribunaux)..... 97
Anatomie pathologique et pathogénie de l'épilepsie.. 193
Aphasiques. (Etat mental des —)..... 1
Assistance. (Etat actuel de l' — familiale)..... 481

B

Bain. (Traitement des états d'agitation par le — permanent). 127
Blin 337
Bonnier (Pierre)..... 24
Buvat (J.-B.) 218

C

Cabanis et la psychologie des sensations..... 356
Capelletti (L.) 165
Castex (E.) 71
Causes et prophylaxie de la folie..... 137
Chiffres. (Mesure de la mémoire des —)..... 16
Chirurgie des aliénés..... 529
Colin (Henri) 385
Concours (Le — de l'adjuvat des asiles et le nouveau règlement)..... 573
Congrès. (Physionomie et travaux du XIIe — français de psychiatrie)..... 453
Cook 560
Coulon (E.)..... 433
Cranien. (Paralysie générale et traumatisme — avec corps étranger)..... .. 421
Criminels. (Les aliénés —).. 386

D

Débilités mentales. (Les —). 337
Dégénérescence mentale. (Deux observations de — héréditaire avec syndromes-épisodiques multiples 539
Délire. (Insuffisance hépatique et —)..... 403
Démence précoce. (La —)... 241
Diète hypochlorurée dans le traitement bromique de l'épilepsie..... 165
Duprat (G.-L.)..... 27

E

Emotions. (Les —)..... 26
Enquête sur le maintien des alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus..... 368
Epictète. (Quelques maximes d' —)..... 512
Epilepsie. (Anatomie pathologique et pathogénie de l' —) 193
— (Diète hypochlorurée dans le traitement bromique de l' —). 165
Esquirol..... 19
Etat actuel de l'assistance familiale 481
Etat mental des aphasiques. 4
Etats psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme..... 318
Expérimentales. (Recherches — sur la mémoire).. 49
— (Recherches — sur les rêves)..... 145

Digitized by Google

F

Falret (J.).....
Familiale. (État actuel de l'assistance —)..... 481
Figuration et jeux masochistes..... 186
Folie. (Causes et prophylaxie de la —)..... 137

G

Génito-urinaires. (Etats psychiques et maladies des voies — de l'homme).. .. 318
GIMBAL..... 421

H

HANAU (Georges)..... 112
Hépatique. (Insuffisance — et délire)..... 403
Hypochlorurée. (Diète — dans le traitement bromique de l'épilepsie)..... 165

I

Impulsions. (Les —)..... 208
Insensibles. (Les perceptions —)..... 80
Insuffisance hépatique et délire..... 403
Intermédiaire (L' —)... 523, 576

J

JUQUELIER (P.).....403, 539

L

Laboratoire. (Organisation d'un — clinique de micrographie)..... 182
Langue internationale. (Projet de —)..... 528
Lasègue. (Le vertige mental de —)..... 505
LEIBNITZ..... 80

M

MARANDON DE MONTYEL (E.). 266
MARCHAND (L.).....182, 193, 450
Masochistes. (Figuration et jeux —)..... 186
MEDEA (Eug.)..... 112
Mémoire. (Mesure de la — des chiffres)..... 16
— (Recherches expérimentales sur la —)..... 49
Mesure (— de la mémoire des chiffres).. 16
— (— du réflexe rotulien). 71
Micrographie. (Organisation d'un laboratoire clinique de —)..... 182
Mock. (La course homicide du —)..... 560
Morale. (La —)..... 27
Mouvements (Contribution à l'étude des — associés)... 112

O

Olfactive (Recherches expérimentales sur la sensibilité — dans la paralysie générale)..... 64
ORMÉA (A. d')..... 165

P

PACTET (F.).....97, 521
Paralysie générale — (Nature et pathogénie de la —) 433
— (Observation de tabes . et avec autopsie et examen histologique)..... 218
— (— et traumatisme cranien avec corps étranger.. 421
— (Recherches expérimentales sur la sensibilité olfactive dans la —)..... 64
— (Réflexe accommodateur étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la —)..... .. 266
Pénale. (La prophylaxie — du suicide).. 19
Perceptions (Les — insensibles)..... 80
PFEIFFER (Charles)..... 356
PICQUÉ (Lucien).. .....318, 529
PIERON (H.).... .....16, 49
PITRES (A.)..... 208
Prophylaxie. (Causes et — de la folie)..... 137
— (La - pénale du suicide. 19
Psychiatrie. (Congrès français de —)..... 453
— (Rapports de la — avec la psychologie)..... 289
Psychologie. (Cabanis et la — des sensations)..... 356
— (Rapports de la psychiatrie avec la —)..... 289
Psychoses à base d'interprétations délirantes..... 132

R

Rapports de la psychiatrie avec la psychologie..... 289

Digitized by Google

Recherches expérimentales (— sur la mémoire)..... 49
— (— sur la sensibilité olfactive dans la paralysie générale).. 64
— (— sur les rêves)..... 145
Réflexe accommodateur étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale (Le —). 266
Réflexe rotulien. (Mesure du —)..... 71
Régis (E.)..... 208
Rêves. (Recherches expérimentales sur les —)..... 145
Rotulien. (Mesure du réflexe —)..... 71

S

Sensations. (Cabanis et la psychologie des —)..... 356
Sensibilité olfactive (Recherches expérimentales sur la — dans la paralysie générale)..... 64
Sérieux (Paul).....127, 241
Société de Psychologie ..23, 83, 136, 186, 278
Société Médico-Psychologique.21, 81, 132, 186, 229, 277, 369, 512, 561
Société Neurologique.23, 82, 188, 278
Suicide. (La prophylaxie pénale du —)..... 19

T

Tabes à évolution rapide chez une paralytique générale..... 450
Tabes (Observation de — et paralysie générale avec autopsie et examen histologique)..... .. 218
Toulouse (Ed.)..64, 289, 528, 573
Traitement (Le — des états d'agitation par le bain permanent)... 127
Traumatisme (Paralysie générale et — cranien avec corps étranger)..... 421
Tribunaux. (Les aliénés devant les —)..... 97

V

Vaschide (N.).....64, 145, 505
Vertige mental de Lasègue. (Le —)..... 505
Vigouroux (A.).....1, 403, 539
Voies génito urinaires de l'homme. (Etats psychiques et maladies des —).. 318
Vurpas (Cl.) 453, 505

L'INTERMEDIAIRE

4 — Y a-t-il des départements où n'existent pas des médecins chargés par les Préfets de visiter les aliénés après leur internement dans les asiles publics ou privés ?

5 — Existe-t-il des établissements recevant à la fois des épileptiques aliénés et placés sous le régime de la loi de 1838, et des épileptiques non aliénés ?

6 — On demande la relation de cas d'hallucinations unilatérales du goût ou de l'odorat.

Le gérant : A. Coueslant.

CAHORS, IMPRIMERIE A. COUESLANT (24-XII-02)

NOV 2 6 1920

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 7101

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 7101

Digitized by Google

Digitized by Google